

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
«Башкирский государственный медицинский университет»

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Учебное пособие

Екатеринбург
Издательство УГМУ
2017

УДК 616.311
ББК 56.612
3-125

*Печатается по решению
Ученого совета стоматологического факультета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 4 от 02.12.2016)*

*Ответственный редактор
д-р мед. наук, проф. Г.И. Ронь*

*Рецензент
д-р мед. наук, проф. О.С. Гилева*

З-125 *Заболевания слизистой оболочки полости рта [Текст] : уч. пособие / Г. И. Ронь, Н. Д. Чернышева, А. А. Епишова, Г. М. Акмалова; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2017. — 150 с.*

ISBN 978-5-89895-836-7

Учебное пособие «Заболевания слизистой оболочки рта» создано в полном соответствии с программой подготовки врачей-стоматологов.

В пособии изложены классификация, клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой полости рта.

Структура пособия представлена введением, где кратко представлены основные и дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта; дана современная (рабочая) классификация заболеваний слизистой оболочки рта. Последующие разделы сформированы согласно действующей классификации.

Каждая глава содержит текстовый материал, который кратко описывает определенную нозологическую форму, а также иллюстративный материал, который включает более четырехсот цветных фотографий пациентов, проходивших лечение на кафедре терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Форма подачи материала, детальная рубрикация и многочисленные иллюстрации делают данное издание информативным и полезным в клинической практике.

Пособие предназначено для студентов стоматологических факультетов.

УДК 616.311
ББК 56.612

ISBN 978-5-89895-836-7

©Ронь Г.И., 2017
©Чернышева Н.Д., 2017
©Епишова А.А., 2017
©Акмалова Г.М., 2017
©УГМУ, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.	5
ГЛАВА I.	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.	6
ГЛАВА II.	
КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.	12
ГЛАВА III.	
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ	13
1. Механическая травма.	13
2. Химическая травма	15
3. Физическая травма	15
ГЛАВА IV.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.	18
1. Вирусные заболевания.	18
2. Язвенно-некротический стоматит Венсана	20
3. Бактериальные инфекции	21
4. Болезни, передаваемые половым путем	21
5. Микозы	22
ГЛАВА V.	
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	25
ГЛАВА VI.	
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭКЗОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ	28
ГЛАВА VII.	
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕКОТОРЫХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И БОЛЕЗНЯХ ОБМЕНА	30
ГЛАВА VIII.	
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ.	31
ГЛАВА IX.	
АНОМАЛИИ И САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА	36
ГЛАВА X.	
САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ХЕЙЛИТЫ	40
ГЛАВА XI.	
ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ.	49

ГЛАВА XII.	
РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ	53
<i>Приложение 1</i>	
Тесты для самопроверки	54
<i>Приложение 2</i>	
Задания для самостоятельного выполнения	65
<i>Приложение 3</i>	
Фото по главам	83
<i>Приложение 4</i>	
Препараты для лечения заболеваний	
слизистой оболочки рта	145
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	149

Профессиональная деятельность стоматолога разнообразна. Она включает совокупность технологий, средств, способов и методов человеческой деятельности, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения путем обеспечения надлежащего качества оказания стоматологической помощи и диспансерного наблюдения.

Специалист по специальности 31.05.03 Стоматология, владеющий глубокими знаниями и умением в области профилактики и лечения заболеваний слизистой полости рта, должен решать задачи в соответствии с требованиями профессиональной деятельности.

Требования Федерального государственного стандарта высшего образования к результатам обучения по основным образовательным программам в форме компетенций предусматривают использование таких образовательных технологий, которые бы наряду с выработкой фундаментальных знаний формировали у выпускников знания, умения и навыки.

На стоматологическом приеме врачу-стоматологу часто приходится встречаться с жалобами пациентов на проблемы, связанные со слизистой оболочкой полости рта. Врач, в первую очередь, должен знать нормальное состояние слизистой оболочки полости рта, а затем, используя различные диагностические приемы, поставить диагноз и назначить лечение. За последние годы в пато-

логии слизистой оболочки полости рта произошли существенные изменения. При ряде заболеваний изменились клинические проявления. Появились новые методы исследования, которые позволяют вскрыть некоторые механизмы заболеваний, улучшить диагностику, обосновать методы лечения. Профилактику и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ необходимо рассматривать с позиций целостного организма.

При лечении большинства заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ нельзя ограничиваться местным воздействием. *Необходимо выяснить*, на фоне каких общих заболеваний протекает патологический процесс. Правильная последовательность применения лекарственных препаратов для местного и общего лечения заболеваний обеспечивает *максимальный* терапевтический эффект.

В настоящем пособии изложен материал по важному разделу базовой части цикла «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта» — ФГОС+3.

Представлены известные этиологические моменты, а также механизмы развития заболеваний слизистой оболочки полости рта, отражены особенности формирования патологии, дано подробное описание клинических проявлений, подчеркнуты дифференциально-диагностические признаки различных заболеваний, отражены современные подходы к лечению.

Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта требует от врача-стоматолога глубоких знаний не только по своей специальности, но и по другим медицинским профилям (дерматология, патология внутренних органов и систем, неврология, психиатрия и др.). В затруднительных же случаях больного с патологией слизистой оболочки полости рта необходимо подвергать тщательному обследованию у целого ряда специалистов.

Плановое и составленное в определенном порядке обследование больного помогает врачу обстоятельно, детально изучить картину настоящего заболевания, сопоставить отдельные симптомы, чтобы в итоге правильно диагностировать заболевание. Последовательное обследование больного позволяет зачастую выявить дополнительные (на которые не указывает больной) клинические проявления, сопутствующие выраженным симптомам, на которые предъявляет жалобы и сам больной. Сложности возникающие при диагностике заболеваний слизистой оболочки, обусловлены тем, что клиническая картина многих неспецифическая и часто отягощена дополнительными неблагоприятными местными факторами: плохим гигиеническим уходом, травмой, присоединением вторичной инфекции, последствиями от самолечения, а также общими отягчающими соматическими заболеваниями, побочными эффектами их лечения.

Обследование больного начинается с опроса. Сначала задаются общие ориентировочные вопросы, а затем частные, позволяющие выяснить характер данного заболевания. При опросе пациентов нередко врач убеждается в том, что главным опасением больного является «ракобоязнь». Это состояние больной связывает с рядом признаков, «подтверждающих» его предположение: чувством стянутости, жжением, изменением окраски слизистой оболочки в определенном очаге полости рта, длительным течением и развитием заболевания. Зачастую больных с выраженным пси-

хоневрозом приходится долго убеждать, что многие из их жалоб не обоснованы, нередко требуется консультация психиатра.

Из расспроса некоторых пациентов можно выявить, что он лишь ощущает шероховатость в отдельных участках слизистой оболочки щек, болезненность при приеме острой, горячей или пряной пищи. В других случаях признаки заболевания носят манифестный характер, болевые ощущения делают невозможным прием воды и пищи, нарушается общее самочувствие и сон.

Осмотр начинают с видимых участков кожи, в том числе кожи лица, так как многие заболевания слизистой оболочки сочетаются с поражением кожи. Обращают внимание на наличие врожденных изменений кожи (невусов, капиллярных гемангиом и др.), а также на элементы поражения при вовлечении в процесс кожи (папулы, пузыри, бляшки и др.). Отмечают цвет кожи, ее тургор, эластичность, степень влажности. Если естественное состояние кожи маскируется различными косметическими средствами (румяна, грим, пудра, губная помада), необходимо их снять.

В порядке обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки приходится производить оценку острых и хронических воспалительных заболеваний и бластоматозных процессов. В первую очередь необходимо ощупать подчелюстные, подбородочные, язычные и лицевые лимфоузлы, в которые отводится лимфа из мягких и твердых тканей рта. Так, губы связаны с подчелюстными лимфатическими узлами за исключением средней части нижней губы, от которой происходит отток лимфы сначала в подбородочные узлы. Щеки связаны с подъязычными узлами непосредственно и через поверхностные лицевые узлы. Отток лимфы из языка происходит двояким образом: в язычные узлы, и минуя их, в верхние глубокие плоточные узлы. Увеличение затылочных и околоушных лимфатических узлов характерно для ВИЧ-инфекции.

Нормально лимфатические узлы не прощупываются совсем или неясно ощутимы. При раковых новообразованиях лимфоузлы становятся плотными, спаянными с подлежащими тканями, малоподвижными.

На красной кайме губ могут находиться складки, сохраняющие целостность дна. Нижняя губа наделена в центре широкой складкой, края которой обычно никогда не сходятся.

Далее переходят к осмотру преддверия рта. Верхнюю губу оттягивают так, чтобы виден был переход слизистой оболочки на альвеолярный отросток. Здоровая слизистая оболочка обычно влажная, блестящая, покрыта отдельными бугорками — слизистыми железами и их выводными протоками. В такой же последовательности обследуют нижнюю губу.

Осматривая углы рта, следует помнить, что нередко здесь встречаются слепые ходы, или фистулы.

На слизистой оболочке щеки нередко можно обнаружить редуцированные слюнные железы в значительном количестве. Они располагаются обычно по линии смыкания зубов, в области моляров и премоляров в виде россыпей желтовато-белого цвета или сероватых бугорков. У людей со склонностью к себорее количество слюнных желез повышено.

Встречаются на слизистой оболочке щек и ацинозные железы. Здесь их меньше, чем на губе, но размеры их больше. Выделяется особенно крупная железа — *glandulamolaris*, заложенная против третьего моляра. На уровне второго моляра на слизистой оболочке щеки открывается выводной проток околоушной слюнной железы. Иногда стенонов проток открывается на вершине своего рода сосочка, размеры которого **индивидуально переменны**. Функцию железы исследуют путем массирования ее снаружи: из отверстия стенонова протока должна выделяться жидкость. В участке перехода слизистой оболочки щеки в десну по переходной складке в области верхних моляров иногда резко просвечивают сосуды, особенно вены. Нормальная слизистая оболочка губ и щек подвижна и легко берется в складку. При наличии гиперкератоза подвижность поверхностных отделов слизи-

стой оболочки ограничена, данный участок не удастся взять в складку.

После исследования преддверия рта переходят к осмотру ротовой полости. Десна по внешнему виду значительно отличается от слизистой оболочки щек: цвет ее обычно бледнее слизистой оболочки щеки. При таком заболевании как десквамативный гингивит десна ярко красного цвета, «пылает», определяются участки десквамации эпителия.

Слизистая оболочка твердого неба неподвижна и имеет определенный рельеф. Рельеф слизистой оболочки твердого неба бывает значительно изменен (утолщен, сглажен) под влиянием ношения съемного пластического протеза. У таких людей слизистая оболочка твердого неба ярко-красного цвета. Цвет слизистой оболочки у курильщиков насыщенно-красный, при заболеваниях печени — желтоватого оттенка, у больных сердечными пороками — синеватого.

На поверхности языка (спинке) расположены нитевидные, грибовидные и желобоватые сосочки. Различной длины нитевидные сосочки рассеяны по спинке языка. Налет более обилен утром, а к середине дня, после приема пищи — уменьшается. Следует помнить, что количество налета увеличивается при присоединении грибковой инфекции. На корне языка (задняя часть языка) отсутствуют сосочки. Здесь заложен фолликулярный аппарат языка и благодаря наличию большого количества крипт (бухт) эта часть по внешнему виду напоминает миндалину. «Язычная миндалина» — название, известное в литературе. Особенности анатомического строения языка часто являются причиной возникновения беспокойства и страхов у пациентов. При осмотре боковой поверхности языка обращают на себя внимание листовидные сосочки. Иногда здесь выражены довольно толстые венозные сплетения. В нижней части языка слизистая оболочка становится более подвижной посредине, переходя в уздечку языка и в выстилку дна полости рта по бокам. По обе стороны от уздечки отходят две подъязычные складки (*plicae sublingualis*), под которыми расположены подъязычные железы.

Осмотр окружающей здоровой слизистой оболочки и красной каймы губ позволяет сопоставить с ними состояние патологического

участка. При осмотре очага поражения обращают внимание на ряд симптомов, отличия его от нормального вида. Должны быть фиксированы следующие признаки: цвет, блеск, рельеф поверхности.

Изучение внешнего вида поражения должно быть дополнено характеристикой его протяженности, локализации, размеров и формы. Элементы поражения могут располагаться отдельно или носить характер сливного поражения. Осмотрев участок поражения, определяют его консистенцию. Поэтому необходимым методом объективного исследования пораженного участка слизистой оболочки полости рта и губы является его пальпация. При ощупывании трещины или язвы врач должен интересоваться консистенцией поражения.

Определение скорости слюноотделения является доступным методом, отражающим функцию слюнных желез. Пациент собирает слюну (ротовую жидкость) путем сплевывания в градуированную пробирку в течение 10 минут. Исследование проводится утром натощак. Результат выражается отношением полученного объема слюны (мл) и времени (мин.), за которое она была собрана. В норме скорость слюноотделения равна 0,4—0,5 мл/мин. Этот показатель может повышаться или снижаться. На него оказывают влияние патологические процессы, возникающие на слизистой оболочке рта, заболевания слюнных желез, прием некоторых лекарственных препаратов (клофелин, белладонна и пр.), курение, возраст.

Для определения наличия воспалительного процесса в слизистой оболочке проводится йодная реакция (проба Шиллера): слизистая оболочка в зоне исследования обрабатывается 2-процентным раствором Люголя в течение 1 минуты. Происходит окрашивание в темно-коричневый цвет участков слизистой оболочки, богатой гликогеном. Накопление большого количества гликогена характерно для многослойного плоского эпителия. В ороговевающем эпителии или при наличии участков гиперкератоза гликоген отсутствует, и такие участки прокрашиваются слабо.

Сегодня эффективным средством для массового онкоскрининга полости рта являются продукты компании ZILA Pharmaceutical:

«Визилайт с ТиБлю» или «Визилайт Плюс». Набор ВизиЛайт Плюс состоит из хемилюминесцентного источника света («фонарика» ВизиЛайт) для более точного обнаружения поражения слизистой оболочки ротовой полости и синего метакрохроматического красителя (ТиБлю) для маркировки обнаруженных при помощи «фонарика» очагов поражения. Тест ВизиЛайт Плюс был разработан для проведения онкоскрининга среди лиц из высокой и очень высокой групп риска развития предраковых и раковых заболеваний ротовой полости и угрожающих состояний.

Прокрашенные синим красителем ткани наглядно видны врачу уже невооруженным глазом при обычном офисном освещении.

Проведения теста рекомендуется лицам, входящим в группу риска развития предраковых и раковых состояний и заболеваний ротовой полости

Люминесцентное исследование позволяет изучить картины, наблюдаемые при кератозе в его разнообразных проявлениях, и поставить более правильный диагноз заболевания.

Здоровая слизистая поверхность отсвечивает бледным синевато-фиолетовым цветом; кератоз дает средней интенсивности свечение с тусклым желтым оттенком; гиперкератоз — голубовато-фиолетовым; воспалительные явления — интенсивным синюшно-фиолетовым окрашиванием; эрозии и изъязвления выявляются темно-коричневыми или черными пятнами. Важно, чтобы на 3—4 дня до начала исследования прекратилось применение мазевой терапии. Это вызвано тем, что целый ряд мазей дают интенсивное свечение в лучах Вуда.

Разнообразие цвета различных патологических очагов в люминесцентном исследовании в значительной мере помогает установить точный диагноз формы заболевания. Полученные данные позволяют считать метод люминесценции вполне доступным для дополнительного использования его в поликлинических условиях при диагностике кератозов слизистой оболочки полости рта.

Цитологический метод весьма простой в отношении безопасности и быстроты ответов и может быть использован при диагностике тяжелых форм кератозов. Забор материала для цитологического исследо-

вания следует проводить с таким расчетом, чтобы проанализировать цитограмму различных полей поврежденного участка (его периферии, центральной части и контрольные мазки-отпечатки с окружающих поверхностей эпителия). Целесообразно забирать материал в различных стадиях патологического процесса (обострение, хронизация, период регрессии). Стерильный резиновый столбик прикладывают к очищенной от слюны и налета поверхности повреждения (при наличии пузырей отпечаток берут с эрозии под покрывкой пузыря). Отпечаток переносят на обезжиренное предметное стекло, высушивают в течение 5 минут, фиксируют в краске-фиксаторе Лейшмана в течение 3 минут; краску смывают дистиллированной водой и мазок заливают рабочей смесью азурэозина. Через 20 минут препарат обрабатывают дистиллированной водой и высушивают на воздухе. Микроскопирование проводится при различных увеличениях, включая иммерсию.

В мазках-отпечатках, взятых на здоровой стороне слизистой оболочки, выявляются большие эпителиальные клетки с интенсивно окрашенным ядром, обычно небольших размеров и равномерно окрашенной голубой цитоплазмой. При появлении эрозий цитологическое исследование ороговевших и ороговевающих эпителиальных клеток выявляет среди них молодые клеточные элементы соединительной ткани и значительное количество лейкоцитов.

При язвенных поражениях при КПЛ в мазках — отпечатках, взятых со дна язвы, — определяют много нейтрофильных лейкоцитов, встречаются клетки эпителия с явлениями дискариоза, иногда отдельные атипичные клетки. При озлокачествлении выявляются гигантские клетки, резко атипичные «ажурные» клетки с вакуолизированной протоплазмой и ядром, многоядерные, синцитиальные пласты, амитозы, глыбчатое строение ядра.

При проявлениях десквамативного гингивита в мазках-отпечатках выявлялись клетки из различных слоев эпителия: поверхностных, средних и даже глубоких. Данный метод можно использовать для оценки глубины повреждения десны.

При пузырьчатке в мазках-отпечатках определяются акантолитические клетки (клетки Тцанка): округлые клетки шиповатого слоя эпителия, которые потеряли связь друг с другом в результате акантолиза.

Для герпетиформного дерматита Дюринга характерна эозинофилия в содержимом пузырей.

Цитологический метод является хорошим вспомогательным диагностическим тестом, который должен быть использован как дополнительный в установлении диагноза кератоза в комплексе с другими методами исследования.

Бактериоскопическое исследование позволяет выявить микрофлору пораженной слизистой оболочки рта. Метод применяют при диагностике таких заболеваний как язвенно-некротический стоматит Венсана, сифилис, кандидоз.

Бактериологическая диагностика нарушений микробиоценоза полости рта основывается на выделении, идентификации и количественном учете наиболее характерных микроорганизмов (различных видов стрептококков, стафилококков, лактобактерий, дрожжеподобных грибов и грамотрицательных палочек). Материал для исследования берут натошак: пациент тщательно прополаскивает рот стерильным физиологическим раствором (10 мл), смывную жидкость используют для приготовления разведений и прямого посева в дифференциально-диагностические среды. Изменение состава микрофлоры условно делят на 4 категории: дисбиотический сдвиг, дисбактериоз I, II, III и IV степени.

Для дисбиотического сдвига обычно характерны незначительные изменения — превышение количества одного вида условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры полости рта. Эту форму сдвига можно назвать латентной, или компенсированной, при ней могут отсутствовать выраженные клинические признаки заболевания. Дисбактериоз I—II степени (субкомпенсированная форма) характеризуется более выраженными изменениями состава микрофлоры: выявление 2—3-х патогенных видов на фоне некоторого снижения титра лактобактерий. У больных с I—II степенью дисбактериоза, как правило, имеются и клинические симптомы болезни. Выявление

патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей нормальной (физиологической) микрофлоры (негемолитический стрептококк, лактобактерии) расценивали как дисбактериоз III степени, а наличие ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами — как дисбактериоз IV степени. Хотя это деление весьма условно, оно позволяет более дифференцированно подходить к диагностике и комплексному лечению заболеваний, а при динамическом бактериологическом контроле — прогнозировать его течение.

Больные с изменением микробиоценоза подлежат обязательному контролю и, возможно, адекватной иммунокоррекции. В комплекс назначаемой терапии на разных этапах заболевания нужно также включать препараты, нормализующие микрофлору полости рта. Метод микробиологического диагностического исследования смыва из полости рта не всегда является информативным, особенно при инвазивном росте *Candida albicans*. В целях более точной диагностики нарушений микробиологического равновесия в полости рта с явлениями внутритканевой инвазии необходимо проводить одновременно микробиологические и гистологические исследования, которые, дополняя друг друга, помогают представить полную картину гистобиологических нарушений.

Гистологическое изучение с использованием реактива Шифера позволяет выявить инвазивный рост грибов *Candida albicans*, что заставляет включать в схемы лечения противогрибковые препараты общего и местного действия.

Гистологическое исследование. Это один из достоверных методов установления морфологического состояния патологического участка, определяющих степень изменения в клеточных и волокнистых структурах слизистой оболочки ротовой полости и губ на различных стадиях развития заболевания.

Гистологическое исследование осуществляют для более детальной оценки воспалительного процесса, обнаружения признаков возможной малигнизации. Биопсию проводят под местной или проводниковой анестезией (в зависимости от ее цели) с расчетом

забора тканевого материала из повреждения и участков в его окружении. Участки для исследования выбирают так, чтобы в объект исследования входили участки повышенного ороговения, дефектов, фрагменты эритемы и экссудации.

Тканевой материал фиксируют в 10-процентном растворе нейтрального формалина, заливают в парафин или целлоидин; серийные срезы, окрашенные гематоксилин-эозином, рассматривают под микроскопом при различных увеличениях. Серийные срезы позволяют избежать артефактов технического порядка. Оценку гистопрепаратов проводят по анализу изменений в 4-х участках эпителиально-соединительнотканного слоя СОПР, включая ее дериваты (малые слюнные железы, гранулы Фордайса, лимфатические фолликулы и агрегаты лимфоидной ткани): 1 — поверхность эпителия — тип кератинизации; 2 — шиповидный слой — гиперплазия, атрофия, изменения клеточных структур и межклеточного матрикса, наличие клеточного инфильтрата; акантоз, акантолиз, вакуольная дегенерация шиповидных клеток, наличие ограниченных полостей и пузырьков и их содержимого; 3 — базальный слой — оценка клеточной инфильтрации, признаки гидропии, межклеточные соединения, плотность эпителиально-соединительнотканного контакта; 4 — собственный слой СОПР — тип инфильтрата и его локализация, форма эпителиально-соединительнотканых сосочков (уплощенная, остроконечная, «пилообразная», сглаженные сосочки); состояние сосудов капиллярного типа, проницаемость стенки сосудов, инфильтрация в окружении сосудов, их тромбоз, ретенция; малые слюнные железы — состояние протоковой и ацинозной структур (дегенерация, атрофия, ретенция, тип и локализация инфильтратов); лимфатические фолликулы, признаки воспалительной реакции; гранулы Фордайса оцениваются по аналогии с изменением малых слюнных желез.

Определение аллергологического состояния больного. Отдельные заболевания слизистой могут развиваться и протекать на фоне общей и местной тканевой сенсibilизации организма. С этой точки зрения обязательным

является изучение аллергологического статуса больного.

В последнее десятилетие для диагностики поражений слизистой оболочки полости рта и дерматозов, в патогенезе которых определенная роль принадлежит иммунным, в том числе аутоиммунным механизмам, используются иммунологические методы исследования, такие как непрямая и прямая реакции иммунофлюоресценции (РИФ). Первая из них позволяет выявить циркулирующие иммуноглобулины (антитела) классов А, М, G; вторая — фиксированные в тканях иммунные комплексы, содержащие эти же классы иммуноглобулинов, разные фракции комплемента, фибрин и др. Такие реакции используются, например, для дифференциации пузырных заболеваний, для диагностики красной волчанки и др.

С целью определения состояния клеточного иммунитета и назначения патогенетической терапии ставят реакции розеткообразования (Е-РОК) и В-лимфоцитов, в том числе с иммуномодулятором левамизолом; реакцию бластной трансформации лимфоцитов с неспецифическим митогеном — фитогемагглютинином (ФГА) и с подозреваемыми аллергенами, например антибиотиками, сульфаниламидами и др. С этой же целью ставят реакцию дегрануляции базофилов (тест Шелли) с различными аллергенами и др.

Такие тесты, проводимые *in vitro*, как и радиоиммунные сорбционные тесты (РАСТ и др.), выявляющие разные фракции IgE,

постепенно вытесняют из клинической практики кожные пробы, позволяющие выявить повышенную чувствительность кожи к разнообразным аллергенам (к химическим веществам, в том числе медикаментам, продуктам питания, бактериальным аллергенам и др.). Это связано с тем, что, имея диагностическую ценность, эти пробы небезразличны для больного, так как введение в кожу уже аллергизированного больного даже небольшого количества аллергена усиливает патологический процесс, вызывая иногда обострение болезни.

С этой же целью можно использовать гораздо менее опасную элиминационную пробу, т. е. исчезновение симптомов заболевания и отсутствие рецидивов после исключения приема медикамента или подозрительного аллергена из пищи или окружающей среды.

В клинических условиях наиболее удобным методом выявления аутоиммунных нарушений служит определение свободно циркулирующих в сыворотке крови тканевых антител.

По определенным показаниям назначают анализы крови, мочи.

Использование основных и дополнительных методов исследования позволяет точно поставить диагноз и определить дальнейшую тактику ведения данного пациента. Представленные в атласе клинические случаи позволяют расширить представление о заболеваниях слизистой рта и показать многообразие клинических проявлений.

1. Травматические поражения:

- а) механические, (травматическая эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, никотиновый лейкокератоз);
- б) химические;
- в) физические (гальваноз, актинический хейлит, лучевые, и др.).

2. Инфекционные заболевания:

- а) вирусные (герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, вирусные бородавки, грипп, ВИЧ-инфекция);
- б) язвенно-некротический стоматит Венсана;
- в) бактериальные инфекции (стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, туберкулез и др.);
- г) болезни, передаваемые половым путем (сифилис, гонорейный стоматит и др.);
- д) микозы (кандидоз, актиномикоз и др.).

3. Аллергические заболевания:

- а) (отек Квинке, аллергический стоматит, глоссит, хейлит, многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий афтозный стоматит и др.).

4. Изменения слизистой оболочки полости рта при экзогенных интоксикациях.

5. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена:

- а) гипо- и авитаминозы;
- б) болезни эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы крови, нервной системы;
- в) ревматические болезни или коллагенозы.

6. Изменения слизистой оболочки при дерматозах:

- а) пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга;
- б) красный плоский лишай, красная волчанка.

7. Аномалии и самостоятельные заболевания языка:

- а) складчатый язык, черный «волосатый» язык;
- б) ромбовидный, десквамативный глоссит.

8. Самостоятельные хейлиты:

Собственно хейлиты:

- а) эксфолиативный (сухая форма, переходная, экссудативная форма);
- б) гранулярный (первичный простой, вторичный простой, гнойный гранулярный хейлит);
- в) контактный (простой, аллергический);
- г) метеорологический;
- д) актинический.

Симптоматические хейлиты:

- а) атопический;
- б) экзематозный (экзема губ, контактный микробный);
- в) плазматочный;
- г) макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя;
- д) лимфоаденоматозный макрохейлит;
- е) гранулематозный хейлит Мишера;
- ж) хейлит при ихтиозе;
- з) гиповитаминозный хейлит.

9. Предраковые заболевания:

На слизистой оболочке рта:

- а) облигатные формы (с высокой частотой озлокачивания); болезнь Боуэна;
- б) факультативные формы (с малой частотой озлокачивания):
 - лейкоплакия (веррукозная);
 - папилломатоз;
 - эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки, а также красный плоский лишай;
 - постлучевой стоматит.

На красной кайме губ:

- а) облигатные формы:
 - бородавчатый предрак;
 - ограниченный гиперкератоз;
 - абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
- б) факультативные формы:
 - лейкоплакия;
 - кератоакантома;
 - кожный рог;
 - папиллома с ороговением;
 - эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки, а также красного плоского лишая;
 - постлучевой хейлит.

1. Механическая травма

Механическая травма может быть острой, когда происходит быстрое и, как правило, одномоментное повреждение слизистой оболочки, и хронической — при длительном воздействии раздражающих факторов. Острая механическая травма может быть в виде прикусывания либо ранения слизистой оболочки острыми предметами и клинически проявляться гематомой (внутриканальное кровоизлияние без нарушения целостности эпителия), эрозией, язвой.

Хроническая механическая травма возникает в результате длительного воздействия травмирующего фактора.

Клиническая картина заболевания

При осмотре слизистой оболочки рта и губ выделяют признаки катарального воспаления (отек, гиперемия); нарушения целостности эпителия (эрозия, язва), пролиферативные изменения (сосочковая гиперплазия, дольчатая фиброма), повышенное ороговение (лейкоплакия). Эти поражения могут сочетаться друг с другом, например: гиперкератоз и язва, дольчатая фиброма и эрозирование.

Следует помнить, что клиническая картина, характерная для хронической травмы, может изменяться под влиянием факторов:

- микроорганизмы (кокки, фузоспирохеты, грибы *Candida* и др.);
- аллергические реакции на материалы протезов, пломб, медикаменты;
- локализация повреждения (язык, дно полости рта, твердое небо, губы и т. д.);
- возраст больного;
- общая реактивность организма.

Трофическая язва характеризуется длительным существованием, вялым течением, выраженными общими нарушениями (сердечно-сосудистые, атеросклеротические), слабыми признаками воспаления. Устранение травмирующего фактора мало влияет на течение язвы и ее заживление.

Дифференциальная диагностика травматических поражений проводится со злокачественными новообразованиями, милиарно-язвенным туберкулезом, твердым шанкром, трофической язвой.

Лечение

Устраняют травматический фактор (острые края разрушенных зубов, некачественные пломбы и ортопедические конструкции).

При острой травме, сопровождающейся кровоточивостью или кровотечением тканей, необходимо назначить кровоостанавливающие средства (0,5—1 % раствор перекиси водорода, 5-процентный раствор аминокaproновой кислоты, гель «Пародиум»).

При эрозиях, ссадинах после устранения причинного фактора назначают антисептическую обработку участка повреждения и всей полости рта. Для этого применяют полоскания растворами (0,05 % хлоргексидина, 1 % димексида, 0,5—1 % перекиси водорода, 0,01 % мирамистина, «Президент»).

При выраженной болевой реакции со стороны поврежденных тканей (слизистой оболочки рта или губ) назначают обезболивающие препараты в виде аппликаций (0,5 %—1 % раствор лидокаина, 1 % раствор пиромекаина; гели «Холисал», «Мундизал», «Пиралвекс», «Лидохлор», «Пансорал» и другие). В качестве обезболивающих и противомикробных средств можно применять комбинированные препараты в виде раствора «Элюдрил» и аэрозоль «Гексорал».

С целью ускорения процесса заживления травмированных тканей спустя 1—3 дня (в зависимости от тяжести повреждения) назначают кератопластические препараты в виде аппликаций (облепиховое масло, масляный раствор витаминов А и Е, масло шиповника, 5-процентная метилурациловая мазь, мазь «Солкосерил», пенные аэрозоли «Гипозоль», «Олазоль» и другие).

При наличии некротического распада на поверхности поврежденных тканей применяют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин и другие), затем проводят антисептическую обработку в виде орошения растворами (0,05 % хлоргексидина, 1 % димексида, 0,5—1 % перекиси водорода), наложения стоматологических пленок «диплен-дента» с хлоргексидином и дексаметазоном, аппликаций геля «Метрогил-дента».

Лейкоплакия

Лейкоплакия — хроническое воспалительное заболевание слизистых оболочек, характеризующееся повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки.

Элемент поражения — пятно, которое представляет собой неравномерное помутнение эпителия с четкими краями.

Клиническая картина заболевания

Выделяют плоскую лейкоплакию, веррукозную (бляшечная и бородавчатая формы), эрозивную и лейкоплакию курильщиков Таппейнера.

Дифференциальная диагностика

Лейкоплакию следует дифференцировать с красным плоским лишаем, красной волчанкой, хроническим гиперпластическим кандидозом, вторичным рецидивным сифилисом, болезнью Боуэна, ороговевающим плоскоклеточным раком, мягкой лейкоплакией, волосистой лейкоплакией.

Лечение

Объем лечебных мероприятий определяется формой болезни, размером очага, быстротой развития процесса. Плоская лейкоплакия нередко быстро регрессирует после устранения раздражителей, прекращение курения во многих случаях приводит к обратному развитию и исчезновению лейкоплакии в течение 1—2 месяцев.

Местно требуется санация полости рта, устранение разноименных металлов, рациональное протезирование с нормализацией высоты прикуса, сглаживание острых краев зубов. Категорически противопоказано применение прижигающих и раздражающих средств из-за возможной малиг-

низации. Обязательно обучение гигиене полости рта. На очаги ороговения проводятся аппликации с препаратами, нормализующими процессы ороговения в эпителии (масляные растворы витаминов А и Е, раствор тыквеола).

Внутрь рекомендуют поливитамины и особенно витамин А (3,4-процентный раствор ретинола ацетата в масле или 5,5-процентный раствор ретинола пальмитата в масле) по 10 капель 2—3 раза в день; иммунокорректоры (имудон по 6—8 таблеток в сутки) в течение двух месяцев. После месячного перерыва курс лечения повторяют. Эти мероприятия обычно приводят к полному исчезновению лейкоплакии или стабилизируют ее.

При веррукозной форме проводят вначале те же мероприятия, что и при плоской форме. Если веррукозная форма лейкоплакии не имеет тенденции переходить в плоскую, то требуется радикальное вмешательство. Срок наблюдения без активного вмешательства не должен превышать 1 месяца. При небольшом очаге поражения проводят иссечение в пределах здоровых тканей с последующим срочным гистологическим исследованием. Если иссечь весь очаг невозможно из-за величины и локализации, то рекомендуется криодеструкция или электрокоагуляция после предварительной биопсии.

Эрозии и язвы в очагах лейкоплакии требуют использования обезболивающих средств, антисептиков и средств, способствующих эпителизации (аппликации масляными растворами витамина А или витамина Е, метилурацилловой мази, раствора димефосфона). Если эрозии не эпителизируются в течение 2-х недель, то показано иссечение очага со срочным гистологическим исследованием.

Обязательно бактериологическое исследование на состав микрофлоры полости рта, выявление и лечение сопутствующих заболеваний, диспансерное наблюдение больных с лейкоплакией.

Профилактика. Отказ от курения, приема горячей, острой пищи и устранение других раздражителей, систематическая санация полости рта, включая протезирование.

2. Химическая травма

Химическая травма может быть как острой, так и хронической. Чаще всего она возникает в результате попадания на слизистую оболочку химических веществ в высокой повреждающей или раздражающей концентрации. Химическая травма слизистой оболочки полости рта может проявляться в виде ожога при контакте с кислотами, щелочами, мышьяковистой пастой, фенолом, формалином, при лечении зубов методами серебрения и резорцин-формалиновым. При воздействии кислот на слизистую оболочку возникает коагуляционный некроз, который клинически проявляется в виде плотной пленки бурого цвета. Пленки располагаются на фоне отечной, гиперемизированной слизистой. Ожог щелочами приводит к образованию колликовационного некроза, имеющего студнеподобную консистенцию. Ожоги кислотами и щелочами слизистой оболочки полости рта сопровождаются сильной болевой реакцией, принося физические страдания больным. После отторжения некротизированных тканей обнажаются эрозированные или язвенные поверхности, которые не имеют тенденции к быстрому заживлению и требуют длительного лечения и наблюдения у стоматолога.

Дифференциальную диагностику следует проводить с аллергическими реакциями, язвенно-некротическими процессами при заболеваниях крови.

Лечение

Химическое вещество, попавшее на слизистую оболочку полости рта и вступившее с ней в контакт, необходимо, по возможности, максимально удалить.

При ожоге кислотами для нейтрализации их действия используют 1-процентный раствор нашатырного спирта (10 капель на 1 стакан теплой воды), 1-процентный раствор карбоната натрия, мыльную воду. При ожоге щелочами применяют 0,5-процентные растворы лимонной, уксусной кислот (1/4 чайной ложки кислоты на 1 стакан воды), 0,1-процентный раствор соляной кислоты (10 капель на 1 стакан воды). С помощью перечисленных средств можно предотвратить дальнейшее проникновение химиче-

ского агента в ткани. При ожоге мышьяковистой кислотой необходимо обработать пораженный участок одним из антидотов мышьяка (раствор Люголя, 1-процентный раствор йодиола, 5-процентный раствор унитиола, 30-процентный раствор тиосульфата натрия) либо припудрить поврежденные ткани йодоформом или жженой магнезией, которые способствуют в дальнейшем образованию нерастворимых соединений и прекращению разрушающего действия химического агента. При ожоге фенолом поврежденный участок слизистой оболочки рта обрабатывают 50-процентным этиловым спиртом или касторовым маслом.

Для снятия болевого симптома при химической травме слизистой оболочки рта больным назначают обезболивающие препараты (1-процентный раствор лидокаина, 10-процентный спрей лидокаина, гели «Холисал», «Мундизал», «Пиралвекс», «Пансорал» и другие).

Для снятия воспаления в поврежденных тканях используют слабые растворы антисептиков (0,05-процентный — хлоргексидина, 1-процентный — димексида, 0,5—1-процентный — перекиси водорода) и препараты для ускорения регенерации тканей (масляный раствор витамина А и Е, масло шиповника, облепиховое масло, 5-процентная метилурациловая мазь, солкосерил, аэрозоли «Гипозоль», «Олазоль» и другие). При химическом повреждении слизистой оболочки рта рекомендуют применять в качестве универсального средства, обладающего противовоспалительным, противоболевым, противоотечным и ускоряющим процессы заживления тканей действием, препарат «Тантум Верде» в аэрозоле или жидкости 0,15-процентный для полоскания полости рта.

3. Физическая травма

Острые повреждения возникают от воздействия на слизистую оболочку горячей воды, пара, огня (термическая травма), электрического тока и ионизирующего излучения.

Ожоги горячей водой или паром клинически проявляются катаральным стоматитом, глосситом, могут возникать пузыри, которые впоследствии лопаются, образуя эрозии и язвы.

Более глубокие ожоговые повреждения вызывают распространенный некроз и заживают с образованием рубца. Кроме того, вторичное инфицирование и воздействие местных травмирующих факторов может осложнить течение и замедлить эпителизацию поврежденного участка слизистой оболочки рта.

Возможны повреждения слизистой оболочки рта при внутриротовых физиотерапевтических процедурах электрическим током: при коагуляции пульпы зуба, электрофорезе лекарственных средств, а также криодеструкции мягких тканей полости рта. В результате повреждения тканей возникает коагуляционный некроз. Клиническое течение периода отторжения некротизированной ткани и затем эпителизация слизистой оболочки во многом зависят от индивидуальных свойств организма.

Лечение

Для лечения катарального воспаления поврежденных тканей применяют препараты, обладающие обезболивающим, антибактериальным и противовоспалительным действием. С этой целью могут назначаться широко используемые в стоматологической практике обезболивающие (1-процентный раствор лидокаина, 10-процентный спрей лидокаина, гели «Холисал», «Мундизал», «Пиралвекс», «Пансорал» и другие), антибактериальные и противовоспалительные препараты (0,05-процентный хлоргексидин, 1-процентный димексид, 0,01-процентный мирамистин, гель «Метрогил-дента»).

При воздействии температуры, превышающей 100°C, образуются ограниченные некрозы слизистой оболочки. Лечение эрозий или язв, возникших на слизистой оболочке рта после отторжения некротического распада, проводится по плану, предлагаемому при терапии механических травматических повреждений.

Радиационные поражения полости рта могут наблюдаться при лучевой терапии опухолей челюстно-лицевой локализации, при облучении организма массивными дозами радиации в случае аварий на атомных предприятиях, а также при длительном воздействии относительно малых доз излучения

на лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения. В результате действия радиации на организм возникает местная лучевая реакция слизистой оболочки рта, которая носит название «радиомукозит». Первыми повреждаются участки слизистой, на которых отсутствует ороговевающий эпителий (дно полости рта, щеки, мягкое небо). Возникают гиперемия и отечность. С увеличением дозы облучения гиперемия и отек увеличиваются, слизистая оболочка мутнеет, теряет блеск, уплотняется и наступает ее ороговение. Такие изменения слизистой оболочки напоминают лейкоплакию или красный плоский лишай. В дальнейшем может произойти отторжение ороговевшего эпителия, возникают эрозии, покрытые некротическим налетом (очаговый пленчатый радиомукозит). При распространении некроза на обширные участки слизистой оболочки возникает сливной пленчатый радиомукозит. На слизистой оболочке видны множественные теле-ангиоэктазии и подслизистые кровоизлияния. В участках слизистой оболочки, в норме ороговевающей (спинка языка, твердое небо, десна), лучевая реакция протекает более благоприятно и приводит только к очаговой десквамации эпителия и к единичным эрозиям. Течение патологического процесса в полости рта осложняется поражением слюнных желез (при дистанционных способах облучения). Вначале может быть повышенное слюноотделение (3—5 дней), которое быстро сменяется сухостью в полости рта вплоть до ксеростомии. Возможно также повреждение вкусовых луковиц языка, приводящее к полной потере вкусовой чувствительности.

При хроническом течении лучевых повреждений изменения в слизистой оболочке развиваются медленно, в течение 2—3-х месяцев. Период разрешения болезни растягивается на несколько лет.

Лечение

Общее лечение включает применение перед облучением средств, замедляющих радиохимические реакции (цистамин, цистеин, меркамин и другие), понижающих радиочувствительность организма, гормональных (корти-

костероидные препараты), антигистаминных (димедрол, дипразин и другие), антибактериальных (антибиотики широкого спектра действия) препаратов. Применяют также вещества, восстанавливающие функции системы крови (витамины и , фолиевая кислота, натрия нуклеинат, пентоксил, коамид), предупреждающие явления геморрагического диатеза (рутин, викасол, глюконат кальция), поливитамины.

Местное лечение

Антисептическая обработка тканей в виде полосканий или орошений растворами (перманганата калия 1:5000, 1-процентной перекиси водорода, фурацилина 1:5000).

Обезболивающие препараты (1—2-процентный раствор лидокаина, 10-процентный спрей лидокаина, 10-процентная взвесь анестезина на персиковом масле).

Для удаления некротического распада тканей применяют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин на изотоническом растворе хлорида натрия) в виде аппликации.

Для стимуляции образования эпителия используют аппликации кератопластических средств (масляный раствор витамина А и Е, облепиховое масло, солкосерил в виде мази). При неэффективности консервативного лечения проводят хирургическое лечение — иссечение лучевой язвы в пределах здоровых тканей с последующей пластикой.

Гальваноз

Наличие в полости рта металлических конструкций может способствовать появлению гальванических токов, которые приводят к неприятным ощущениям во рту (жжение, сухость или гиперсаливация, кислый привкус). Металлические включения, являясь источником постоянного поступления в ротовую жидкость продуктов коррозии металлов (микропримеси железа, меди, хрома), могут изменять свойства слюны, в частности ее электропроводность. Необратимые электрохимические процессы в полости рта стимулируют биохимические реакции, приводящие к воспалению в слизистой оболочке. Разнородные металлические включения, способствуя возникновению гальванических токов, раздражают слизистую оболочку рта и приводят к развитию симптомокомплекса, носящего название «гальванизма», или «гальваноза», обусловленного аллергизацией и сенсibilизацией организма. Гальваноз способствует развитию глоссалгии, а также ряда хронических воспалительно-кератотических заболеваний — лейкоплакии, красного плоского лишая. Кроме того, гальваническим токам придается большое значение как отягощающему фактору при уже имеющейся патологии слизистой оболочки рта, ведущему к микробному дисбалансу и «закислению слюны», способствующему активизации дрожжевой микрофлоры и развитию орального кандидоза.

1. Вирусные заболевания

Герпетический стоматит, простой обычный герпес, Herpes simplex — вирусное заболевание, вызываемое вирусами простого герпеса.

Вирусы типа 1 вызывают герпетические поражения красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта, вирусы типа 2 — половых органов.

Элемент поражения

Пузырек (везикула) внутриэпителиального происхождения, образующийся в результате баллонизирующей и лентикулярной дегенерации клеток шиповидного слоя. В собственно слизистой оболочке наблюдается отек (спонгиоз) сосочкового слоя, расширение лимфатических и кровеносных сосудов, инфильтрат из нейтрофилов и лимфоцитов.

Клиническая картина заболевания

Герпетическая инфекция в полости рта проявляется в двух формах:

- острого герпетического стоматита (первичного герпеса);
- хронического рецидивирующего герпеса (рецидивирующий герпетический стоматит).

Дифференциальная диагностика острого герпетического стоматита

Проводится с хроническим рецидивирующим герпесом, опоясывающим лишаем, герпангиной, ящуром, аллергическими поражениями.

Дифференциальная диагностика хронического рецидивирующего герпеса

Хронический рецидивирующий герпес необходимо дифференцировать от рецидивирующего афтозного стоматита, аллергического стоматита, многоформной экссудативной эритемы, сифилиса, стрептококкового импетиго.

Лечение комплексное, этиотропное и патогенетическое. Назначают противовирусные препараты (ацикловир, валацикловир и др.), интерферон и его индукторы (госсипол, мегасин), иммуномодуляторы.

Местное лечение.

Применяют 2—5 % алпизариновую мазь, зовиракс 5 % (ацикловир — крем-мазь), риодоксоловую 0,25—1 %, флореналивую 0,5—2 %, теброфеновую 0,5—2 %, мази Гевизош, Виру-Мерц, Триаптен. Проводят антисептическую обработку, назначают кератопластики.

Опоясывающий герпес или опоясывающий лишай — заболевание вызывается вирусом Varicellazoster.

Элемент поражения — везикула (пузырек), его эволюция — эрозия, корка.

Клиническая картина. Недомогание, головная боль, озноб, температура до 38—39°C. Жгучие приступообразные невралгические боли по ходу пораженных нервов (второй и третьей ветви тройничного нерва), иррадиация боли в зубы, отек и гиперемия кожи, появление везикул на коже и в полости рта, регионарный лимфаденит. Поражение одностороннее. Течение заболевания — 2—3 недели.

Дифференциальная диагностика

Важным диагностическим признаком опоясывающего герпеса является односторонность поражения. Дифференциальную диагностику проводят с острым герпетическим стоматитом, аллергическими высыпаниями, пузырчаткой, пемфигоидом, пульпитом, на коже — с рожистым воспалением.

Лечение. Назначают анальгетики, ганглиоблокаторы, витамины В₁, В₆, В₁₂, противовирусные средства (ацикловир, дезоксирибонуклеаза, иммунокорректоры). Используют лазеротерапию.

Грипп

Грипп — острая респираторная инфекция, возбудителем которой является вирус гриппа А, В, С. В отличие от опоясывающего лишая, поражения СОПР при гриппе не имеют хоть какой-нибудь специфичности, а те изменения, которые наблюдаются в период заболевания,

зависят от реактивности организма и тропности вируса к определенным системам и тканям.

Уже в начале заболевания при гриппе развивается катаральный стоматит с ярко выраженной гиперемией, парестезиями, жжением СОПР. Наиболее яркие изменения наблюдаются на слизистой оболочке мягкого неба, небных дужек, язычка, глотки, реже — щек, языка, десен. На 1—2-е сутки заболевания на фоне катаральных изменений в области мягкого неба появляются высыпания красного цвета в форме просыпанных зерен, которые образуются за счет гиперплазии эпителия выводных протоков слюнных желез. Появление таких высыпаний у здоровых людей в период эпидемии может служить ранним признаком заболевания. Такими ранними симптомами на СОПР в области щек, языка, губ могут быть десквамативный и даже дегенеративно-некротический процесс, проявляющийся резкой гиперемией, усилением десквамации эпителия, петехиями, появлением множества мелких пузырьков с геморрагическим экссудатом, которые быстро лопаются с образованием болезненных эрозий ярко-красного цвета или афт, редко сливающихся между собой.

На 3—4-й день гиперемия и зернистость мягкого неба сменяются инъекцией сосудов, появлением петехий, которые на 7—8-й день заболевания проходят.

Иногда в области перехода твердого неба в мягкое и на СО щек уже в конце заболевания образуются большие тонкостенные пузыри, которые содержат геморрагический экссудат и сохраняются от нескольких часов до 1,5—2 суток, а затем лопаются, образуя большую, свободную от налета эрозию. При низкой сопротивляемости СОПР и организма эрозии и афты в результате присоединения вторичной инфекции могут изъязвляться, и тогда развивается афтозно-язвенный или язвенно-некротический стоматит. В этот период часто обостряются болезни пародонта, возникают высыпания рецидивирующего герпеса, иногда развивается неврит тройничного или лицевого нервов. Под конец заболевания, как проявление образовавшегося иммунодефицита, возможно развитие острого герпетического стоматита или кандидоза.

Диагностика

В диагностике гриппа, как и других вирусных поражений СОПР, нужно опираться на данные эпидемической ситуации, анамнез заболевания, клинические проявления заболевания и результаты лабораторных исследований (общий анализ крови, цитологические, серологические, вирусологические исследования, иммунофлюоресцентную диагностику). Важное диагностическое значение имеет отсутствие интерферона и резкое снижение содержания лизоцима в слюне. Изменения в периферической крови при гриппе характерны для острого воспалительного процесса.

Лечение

Зависит от характера изменений СОПР (катаральные, эрозивные, язвенные). В период катарального стоматита ограничиваются обычным гигиеническим уходом за полостью рта и профилактическим применением антисептических средств (цитраль по 25 капель на 1/2 стакана воды, полоскание, ротовые ванночки; стопангин по 10 мл для полоскания в течение 30 секунд 5 раз в сутки, курс лечения — до 7 дней). При появлении афт, эрозий, язв используется тактика местного лечения, как при герпетическом стоматите; из противовирусных средств целесообразно использовать 0,25—0,50 % оксолиновую, 0,25—0,50 % флореналевую, 0,5—1,0 % теброфеновую мази, интерферон, арбидол.

ВИЧ-инфекция — это тяжелое вирусное заболевание, вызываемое РНК-содержащим лимфотропным ретровирусом, с длительным (до 10 лет) скрытым периодом, разнообразной клиникой и летальным исходом.

Элементы поражения

Выявляются элементы поражения ВИЧ-векторных заболеваний.

Клиническая картина заболевания

По классификации ВОЗ выделяют инкубационный период, начальную (острую) стадию ВИЧ-инфекции, стадию персистирующей генерализованной лимфаденопатии, пре-СПИД (СПИД-ассоциированный симптомокомплекс) и период разгара (СПИД).

Характерным для СПИДа являются выраженные признаки оппортунистических инфекций и опухолевого роста.

Заболевания, несомненно связанные с ВИЧ

1. Заболевания, вызванные оппортунистической микрофлорой:

- кандидоз слизистой оболочки рта и углов рта, атрофический, гиперпластический;
- вирусные заболевания: простой герпес, опоясывающий лишай; волосистая лейкоплакия;
- язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана (фузо-спирохетоз);
- 2. Заболевания, вызванные опухолевым ростом:
- саркома Капоши;
- неходжкинская лимфома;
- рак языка;
- опухоли слюнных желез.

Дифференциальная диагностика

ВИЧ-инфекцию следует дифференцировать с Т-клеточным лейкозом, врожденным иммунодефицитом, лимфопролиферативными злокачественными новообразованиями.

Лечение

Общее лечение. Для достижения ремиссии используют противовирусные препараты (азидотимедин, ретровир, вирал, ридостин, лейкоинтерферон), иммуностимуляторы, которые направлены на коррекцию иммунодефицита (тимозин, тималин, левомизол, тимопентин, полиоксидоний). Лечение сопутствующих заболеваний проводится по общепринятым методикам.

Общее лечение проводится в специализированных центрах вирусных инфекций.

Местное лечение заключается в тщательной санации полости рта, лечении сопутствующих заболеваний по общепринятым методикам.

2. Язвенно-некротический стоматит Венсана

Язвенно-некротический стоматит Венсана — инфекционное заболевание, вызываемое фузоспирохетозом (симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты), протекающее с выраженными альтернативными воспалительными процессами. Возбудителей этого заболевания (веретенообразная палочка и спирохета) относят к резидентной микрофлоре, обнаруживают в небольших количе-

ствах в обычных физиологических условиях в полости рта у всех людей, имеющих зубы.

Большое количество этих микробов находится в десневом желобке и пародонтальных карманах, а также в зубах, чаще пораженных осложненным кариесом. Развитию фузоспирохетоза способствует понижение общей сопротивляемости организма при вирусных и инфекционных заболеваниях, иммунодефицитных состояниях, переутомлении, стрессе, недостаточном питании, гиповитаминозе. Заболевание может возникать как осложнение на фоне герпетического стоматита, многоформной экссудативной эритемы. Предрасполагающим фактором служит также нарушение целостности эпителия слизистой оболочки рта, которое создает условия для инвазии микробов (острыми краями зубов, некачественными пломбами и ортопедическими конструкциями).

Дифференциальную диагностику проводят с язвенно-некротическими процессами при болезнях крови и кроветворных органов (лейкозе, агранулоцитозе), СПИДе, с язвенно-некротическим аллергическим стоматитом.

План лечения:

- местное медикаментозное лечение очагов поражения на слизистой оболочке;
- осторожное, но тщательное удаление зубного налета;
- кариозные полости промыть теплым раствором антисептика, закрыть временным пломбировочным материалом;
- после исчезновения острых воспалительных явлений необходимо провести обучение гигиене полости рта, профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта.

Схема местного лечения:

- обезболивание (камистад-гель, лидоксор-гель, пиромекаин — 0,5—1 % раствор) в виде аппликаций устраняет или уменьшает боль во время приема пищи и дальнейшего лечения;
- антисептическая обработка дефекта (0,05 % раствор хлоргексидина, 0,01 % раствор мирамистина) с ферментами (трипсином); антисептики ослабляют или устраняют действие вторичной

инфекции, ферменты расщепляют некротизированные ткани и фибриновые образования;

- аппликации антибактериальных средств, содержащих метронидазол (метрогил дента, адгезивный бальзам Асепта); метронидазол подавляет анаэробную инфекцию, проникает в бактериальную клетку, образует высокотоксичные вещества, разрушающие ДНК;
- после очищения язв от некротических масс аппликации кератопластических средств (асепта гель с прополисом, 3,44 % масляный раствор витамина А, солкосерил дентальная адгезивная паста) стимулируют регенерацию, ускоряют заживление вследствие улучшения обменных процессов в слизистой оболочке, эпителии.

3. Бактериальные инфекции

Туберкулез — хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза.

Элементы поражения

При туберкулезной волчанке элементом поражения является бугорок (липوما) — ограниченное образование красного или желтовато-красного цвета диаметром 2—3 мм, при пальпации мягкое, безболезненное, склонное к периферическому росту и слиянию с соседними элементами.

При милиарно-язвенном туберкулезе — бугорок диаметром 1—2 мм красноватого или серовато-желтого цвета, возвышается над окружающей слизистой, напоминает микроабсцесс. Бугорки быстро вскрываются и образуются точечные язвы, которые довольно быстро увеличиваются и сливаются в язвы диаметром до 2,5 см.

Клиническая картина заболевания

Вторичный туберкулез слизистой оболочки рта, как следствие туберкулеза легких или кожи, встречается, главным образом, в двух формах: туберкулезной волчанки и милиарно-язвенного туберкулеза.

Дифференциальная диагностика

Туберкулезную волчанку следует дифференцировать с третичным сифилисом, лепрой,

красной волчанкой. Милиарно-язвенный туберкулез дифференцируют с травматическими и трофическими язвами, третичным сифилисом, раком, с язвенно-некротическим стоматитом Венсана.

Лечение

Общее лечение проводится в специализированных противотуберкулезных учреждениях.

Местное лечение направлено на санацию полости рта, устранение травмирующих факторов. На участках изъязвления применяют аппликации обезболивающих средств, антисептиков, ферментов, кератопластиков.

4. Болезни, передаваемые половым путем

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой.

Элементы поражения

Первичный сифилис — эрозия или язва (твердый шанкр).

Твердый шанкр в типичных случаях представляет собой безболезненную эрозию или язву правильных округлых или овальных очертаний диаметром 1—2 см, ярко-красного цвета с блюдцеобразными краями и хрящеподобным инфильтратом в основании.

Вторичный сифилис — пятно (розеола), узелок (папула), гнойничок (пустула), пузырек (везикула).

На слизистой оболочке рта чаще определяются папулезные высыпания, которые представляют собой плотноватые округлые образования диаметром 3—10 мм серовато-белого цвета, резко отграниченные от нормальной слизистой оболочки, окруженные узким гиперемизированным инфильтрированным венчиком.

Третичный сифилис — узел (гумма), бугорок.

Узловой сифилид — плотное образование диаметром 2—3 см. Слизистая над узлом имеет застойно-красную окраску. Через 2—3 месяца отторгается стержень и образуется кратерообразная язва.

Бугорковый сифилид — плотное образование красновато-коричневого цвета, диаметром 1,5—2 см, распадается с образованием язвы.

Клиническая картина заболевания

Характеризуется волнообразным течением. Различают инкубационный, первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.

Дифференциальная диагностика

Первичный сифилис дифференцируют с травматической язвой, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, хроническим рецидивирующим герпесом, шанкриформной пиодермией, раковой язвой.

Вторичный сифилис (папулезный) дифференцируют с красным плоским лишаем, лейкоплакией, кандидозом, аллергическими высыпаниями, многоформной экссудативной эритемой; пустулезный сифилид дифференцируют с язвенно-некротическим стоматитом Венсана.

Третичный сифилис. Сифилитические гуммы и бугорки дифференцируют с опухолевым ростом и милиарно-язвенным туберкулезом.

Лечение

Общее лечение сифилиса проводится в специальных венерологических лечебных учреждениях.

Местное лечение заключается в антисептических полосканиях.

5. Микозы

Заболевание, вызванное грибом *Candida*, называется **кандидозом**.

В нашей стране принята клиническая **классификация** микозов, предложенная Н. Д. Шеклаковым в 1976 г.:

- поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтей;
- хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз;
- висцеральный (системный) кандидоз различных органов.

По течению болезни различают острый и хронический кандидозы:

- острый псевдомембранозный кандидоз (молочница);
- острый атрофический кандидоз;
- хронический гиперпластический кандидоз;
- хронический атрофический кандидоз.

Элемент поражения:

- налет — на слизистой оболочке налет серовато-белого цвета; при потирании снимается полностью или частично; окрашивается анилиновыми красителями;
- пятно — ограниченный очаг гиперемии, не возвышается, не определяется пальпаторно.

Клиническая картина заболевания

Острый псевдомембранозный кандидоз

Самая частая форма поражения слизистой оболочки полости рта. Болеют грудные дети и ослабленные взрослые.

На слизистой оболочке полости рта появляются белые и синевато-белые пятна — налет, напоминающий «творожистые массы», скопление которых на различных участках неодинаково. Налет легко соскабливается, под ним обнаруживается гиперемизированный участок (пятно, эритема). В тяжелых случаях образуется плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозивную кровоточащую поверхность. Поражаться могут все участки слизистой оболочки, чаще нёбо, язык, губы, щеки. Процесс может распространяться на гортань, глотку, пищевод. Слизистая оболочка слегка гиперемизирована. Белесоватый налет состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия, кератина.

Острый атрофический кандидоз

Слизистая оболочка резко гиперемизирована, огненно-красного цвета, сухая, что затрудняет свободное открывание рта, вызывает болезненность при разговоре, приеме пищи, прикосновении. Слизистая оболочка языка атрофична, сосочки сглажены, язык ярко-красного цвета, гладкий. Налет на языке и слизистой полости рта отсутствует, в редких случаях сохраняется в глубине складок языка. Отпечатки зубов на боковых поверхностях языка. Красная кайма губ гиперемизирована, отечна, покрыта тонкими серыми чешуйками, местами слизистая мацерирована, могут появиться трещины и эрозии.

Хронический гиперпластический кандидоз

На гиперемизированной слизистой полости рта появляются плотно спаянные папулы и бляшки, образующие неровную поверх-

ность, — «булыжная мостовая». Бляшки серо-белого цвета, плотно спаяны с подлежащими тканями, при поскабливании не снимаются, насильственное удаление налета со слизистой приводит к появлению эрозивной кровоточащей поверхности. Налет чаще располагается на спинке языка, особо излюбленное место — ромбовидная ямка. Процесс может распространяться на слизистую гортани, зева, пищевода.

Наличие бляшек на слизистой полости рта, языке, спаянность их с подлежащими тканями свидетельствует о фиксации гриба и вращении мицелия.

Хронический атрофический кандидоз

Чаще поражается слизистая оболочка протезного ложа. Она ярко-красного цвета, гиперемирована, отечна. Налет в небольшом количестве на слизистой оболочке протезного ложа, легко снимающийся; под налетом обнаруживается гиперемированный ярко-красный участок. В полости рта ярко выраженная сухость. В углах рта эрозии, покрытые белым, легко снимающимся налетом, тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета. Эрозия сухая, слабомокнущая, корочки нежные. Нередко наблюдается ограниченное поражение только углов рта, которое классифицируется как микотическая заеда. При сомкнутых губах заеды не видно. При хроническом атрофическом кандидозе язык может быть гладким, сосочки атрофированы, сглажены, отпечатки зубов на языке. В ряде случаев наблюдается гиперплазия нитевидных сосочков, т. е. «черный волосатый язык».

Диагноз ставится на основании исследования соскоба, обнаружения спор или мицелия грибов.

Дифференциальная диагностика

Кандидоз следует дифференцировать:

- с лейкоплакией;
- с красным плоским лишаем;
- с аллергическим стоматитом и аллергическим хейлитом;
- с актиническим хейлитом;
- с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом;
- с простым герпесом;
- с сифилитической папулой;

- с мягкой лейкоплакией.

Лечение

Главными направлениями в лечении больного являются:

- выявление этиологического фактора, лежащего в основе патогенеза кандидоза в каждом индивидуальном случае;
- устранение или уменьшение дальнейшего отрицательного влияния этих факторов;
- патогенетическая терапия: гамма-глобулин, гистаглобулин, гистаглобин по 2 мл 2 раза в неделю (на курс 7—10 инъекций; через 2—3 месяца курс лечения повторяется); Т-активин по 40 мкг в сутки подкожно или внутримышечно в течение 7—10 дней; кемантан 0,2 г 3 раза в день в течение 14 дней либо диуцифон 0,1 г 2 раза в день в течение 6 дней (проводят 2—3 таких курса с интервалом 1—3 дня под контролем биохимических и иммунологических показателей крови); левамизол (декарис) по 150 мг 1 раз в день в течение 3 дней (проводят 2 таких курса с интервалом 3—6 дней; спустя 2—3 месяца курс лечения стоит повторить);
- общеукрепляющая терапия, снижающая микотическую сенсibilизацию, а также стимулирующая неспецифическую и специфическую резистентность организма;
- включение в комплексное лечение противогрибковых препаратов.

Назначается диета с исключением сладостей и ограничением углеводов, богатая витаминами и белками.

Полиеновые антибиотики — нистатин, леворин по 500 тыс. ед. 4—8 раз в день; таким образом, суточная доза — 2—4 млн. ед. препарата, на курс лечения — 56 млн. ед. в течение 14 дней.

Амфотерицин В назначается в случаях отсутствия эффективности после применения нистатина, леворина. Доза устанавливается индивидуально из расчета 100—250 ед./кг, постепенно дозу можно повысить до 400—500 ед./кг внутривенно капельно, на курс 20—25 вливаний. Аналогичным действием обладает амфоглюкамин, курс — 14 дней по 600 тыс. ед.,

до 1 млн ед. в сутки. Канестен — 60 мг/кг массы, курс лечения — 10—14 дней. Декаминовая карамель 0,00015 г по 1 карамельке 6—8 раз в сутки, курс — 14 дней. Низорал по 2 таблетки в сутки, курс — 10 дней; ламизил — 250 мг в сутки, курс — 2 недели; дифлюкан — 100 мг 1 раз в сутки, курс — 7—14 дней.

Поливитамины с микроэлементами, по 2—3 драже в день в течение 1 мес. Витамины В₁, В₆, С, РР и др.

Препараты кальция (глюконат кальция, глицерофосфат кальция, лактат кальция) как общеукрепляющие и гипосенсибилизирующие принимать по 0,5 г 3 раза в день в течение 1 месяца. Препараты пантотеновой кислоты — пантотенат кальция по 0,1 г 3—4 раза в день в течение 1 месяца.

Препараты железа (драже ферроплекс, конферон, таблетки восстановленного железа) — в течение 1 месяца. Алоэ с железом, гемостимулин и другие препараты, так как доказано, что при кандидозе наблюдается изменение и нарушение в обмене железа.

Десенсибилизирующая терапия — димедрол, супрастин, пипольфен, фенкарол — в течение 1—1,5 месяца.

Пациенты, длительно страдающие хроническими формами кандидозов, нуждаются в постоянном приеме седативных средств и транквилизаторов, психотерапии, гипнозе. Хороший эффект дает аутотренинг, электросон.

Местное лечение. Полиеновые антибиотики в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта и губ применяют ежедневно, 3—4 раза в день, курс лечения 14 дней. Могут быть назначены левориновая и нистатиновая мази, клотримазол и канестен, микосептин и микогептин, амфотерициновая и декаминовая мази в виде 20-минутных аппликаций.

Щелочные полоскания полости рта — 2—4-процентный раствор гидрокарбоната натрия, тетраборат натрия (бура), 2-процентный раствор борной кислоты, способные приостановить размножение и рост гриба кандиды.

Приостанавливают рост и размножение гриба кандиды препараты йода — 1-процентный раствор йодиола, 0,1-процентный раствор йода, раствор Люголя, которые могут быть применены местно, в виде туширования слизистой.

Анилиновые красители — 1—2-процентный раствор метиленового синего, бриллиантовый зеленый, жидкость Кастеллани, 1—2-процентный раствор фуксина, метиленовый фиолетовый, кристаллический фиолетовый, геициановый фиолетовый в виде туширования слизистой оболочки полости рта 1—2 раза в день. Препараты оказывают фунгистатическое действие, приостанавливают рост и размножение гриба рода кандиды.

Аллергия — это повышенная, измененная чувствительность организма на определенные субстанции антигенной природы.

По механизму развития различают 4 типа аллергических реакций:

I — реакция немедленного типа (реaginный тип);

II — цитотоксический тип;

III — повреждение ткани иммунными комплексами (тип Артюса);

IV — реакция замедленного типа (клеточная гиперчувствительность).

К реакциям немедленного типа относятся анафилактический шок, отек Квинке.

Клинические проявления лекарственной аллергии замедленного типа чрезвычайно многообразны, от локализованного поражения кожи и слизистой оболочки рта до поражения различных органов и систем (ЖКТ, органов дыхания, почек и др.).

По степени выраженности воспалительной реакции лекарственные стоматиты, хейлит, глоссит различают катаральный и катарально-гемморрагический, эрозивный, язвенно-некротический.

Отек Квинке

Отек Квинке — острая аллергическая реакция, рассматривается как одна из форм крапивницы.

Элемент поражения — волдырь.

Клиническая картина заболевания

Чаще всего развивается на фоне крапивницы, обычно возникает быстро, внезапно, локализуется в участках рыхлой кожи и подкожной клетчатки (веки, губы, половые органы, волосистая часть головы, лицо, грудная клетка, конечности).

На фоне гиперемии кожных покровов, над местом отека кожа бледная или бледно-розовая, напряжена, при надавливании ямка не возникает. АД может незначительно снижаться.

При резко выраженном отеке лицо одутловатое, напоминает маску, отекают щеки, губы, веки (из-за отека век глаза почти закрыты). При локализации отека на лице в процесс могут вовлекаться серозные мозговые оболочки, что проявляется развитием менингеальных симптомов (ригидность затылочных мышц), резкой головной боли, рвоты, судорог. Иногда вследствие отека лабиринтных систем развивается синдром Меньера. Клинически он проявляется головокружением, тошнотой, рвотой.

В 25 % случаев отек лица сопровождается отеком, локализованным в области гортани. При возникновении отека гортани сначала отмечается охриплость голоса, «лающий кашель», затем нарастает затруднение дыхания с одышкой инспираторного, а затем инспираторно-экспираторного характера. Дыхание становится шумным, стридорозным. Цвет лица приобретает цианотичный оттенок. У пациента возникает двигательное возбуждение. В случае распространения отека на слизистую оболочку трахеобронхиального дерева к картине острого отека гортани присоединяется синдром бронхиальной астмы с диффузными хрипами экспираторного характера. При отсутствии рациональной помощи пациент может погибнуть при явлениях асфиксии.

При любой локализации отека Квинке необходимо вывести пациента из состояния острой аллергической реакции, так как имеется опасность дальнейшего распространения отека с возможным поражением жизненно важных органов.

Лечебные мероприятия:

1. Немедленно прекратить применение вызвавшего симптоматику препарата.
2. Положение пациента полусидя.
3. Ингаляция кислорода через маску.
4. Вызов бригады «скорой помощи» дополнительно привлеченным персоналом клиники.
5. В/венно:

6. Димедрол 1 % — 2,0 мл (Супрастин 2 % — 2,0 мл); Преднизолон 90 мг.
7. Контроль АД в динамике — не реже, чем через каждые 5 минут.
8. Подкожно р-р адреналина 0,1 % — 0,3 мл, кроме пациентов, страдающих ИБС и ГБ III стадии.
9. Дегидратационная терапия:
10. В/венно лазикс (фуросемид) 40 мг (1 % — 4,0 мл).
11. При явлениях нарастающего цианоза с угрозой асфиксии показано проведение коникотомии с отсасыванием слизи из дыхательных путей.

Аллергический стоматит

Причиной аллергического стоматита (глосита, хейлита) наиболее часто является лекарственная аллергия, особенно на антибиотики и сульфаниламиды, пищевые и контактные аллергены.

Обычно развивается аллергическая реакция замедленного типа. Первые клинические признаки аллергии проявляются спустя 2—3 недели. В стоматологической практике кроме лекарственной аллергии наиболее часто наблюдается контактная аллергия, которая возникает в ответ на воздействие на слизистую оболочку рта различных стоматологических материалов (акриловые пластмассы, амальгама, нитрид-титан, кобальт-хром и другие).

По характеру воспалительной реакции различают катаральный, катарально-геморрагический, буллезный, эрозивный и язвенно-некротический аллергический стоматит.

Многоформная экссудативная эритема — воспалительное заболевание слизистых оболочек и кожи, характеризующееся полиморфизмом элементов поражений.

Синдром Стивенса-Джонсона — тяжелое токсико-аллергическое заболевание, сопровождается повышением температуры тела, пузырьными высыпаниями на коже, в области естественных отверстий.

Синдром Лайелла — тяжелое токсико-аллергическое заболевание, молниеносно развивается после приема лекарственных препаратов, сопровождается генерализованным

некрозом эпидермиса и слизистой оболочки рта и последующим их отслоением.

Элементы поражения — пузыри, пятна, волдыри, папулы, кокарды (на коже).

Пузырь — полостное образование с толстой покрывкой

Пятна — очаги гиперемии с пузырьком в центре или без них.

Клиническая картина

Выделяют инфекционно-аллергическую (идиопатическую) форму, токсико-аллергическую (симптоматическую) форму, синдром Стивенса-Джонсона.

Дифференциальная диагностика

Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с акантолитической и неакантолитической пузырчаткой, острым герпетическим стоматитом, вторичным сифилисом, буллезной формой красного плоского лишая.

Лечение

Общее лечение включает назначение десенсибилизирующих препаратов (телфаст, ломилан), нестероидных противовоспалительных препаратов, дезинтоксикационных средств (тиосульфат натрия), витаминов, иммунокорректоров. При тяжелом течении назначают кортикостероидные препараты (преднизолон, дексаметазон, внутривенно вводят реополиглюкин, гемодез и др.).

Местное лечение направлено на ликвидацию болевого симптома, отека и ускорение эпителизации пораженной слизистой оболочки.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки рта, характеризующееся длительным течением с периодическими ремиссиями и обострениями.

Среди других аллергических заболеваний выделяют **болезнь Бехчета** (кожно-слизисто-увеальный синдром, большой афтоз Турена, рецидивирующий гипопионирит, септический иридоциклит, септический ирит) — системное заболевание слизистых оболочек, характеризующееся тремя рецидивирующими симптомами: афтами на слизистой оболочке рта и наружных половых органах, а также гипопиониритом.

Элемент поражения — афта.

Клиническая картина

Выделяют четыре клинические формы афтозного стоматита: фибринозная, некротическая, glandулярная, рубцующаяся и деформирующаяся (тяжелое течение).

Дифференциальная диагностика

Рецидивирующий афтозный стоматит необходимо дифференцировать с травматической эрозией и герпетической эрозией, сифилитическими папулами.

Тяжелую форму рецидивирующего афтозного стоматита (афты Сеттона) дифференцируют с травматической эрозией, с травматической язвой, рецидивирующим герпесом, болезнью Бехчета, язвенно-некротическим стоматитом Венсана, язвами при специфических инфекциях (сифилис, туберкулез) и раковой язвой.

Лечение проводится на основании клинико-иммунологического обследования больных, выявления хронических очагов инфекции и включает в себя назначение десенсибилизирующих средств, иммунокорректоров, седативных препаратов, витаминов группы В.

Местное лечение направлено на ликвидацию болевого симптома, удаление фибринозного и некротического налета с поверхности афт и язв с помощью протеолитических ферментов (трипсин, химопсин др.), антисептиков; для стимуляции эпителизации назначают масляные растворы витаминов А, Е, солкосерил, актовегин и др. В период ремиссии проводят санацию полости рта (устраняют травмирующие факторы и очаги хронической инфекции).

Поражение СО возможно при токсическом действии некоторых лекарств и веществ, связанных с профессией. Медикаментозные интоксикации возникают вследствие передозировки лекарственного средства или ошибочного употребления лекарств. Профессиональные интоксикации могут возникать при работе на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве, где в технологии процесса применяются или образуются вредные вещества, в случаях несоблюдения мер защиты и техники безопасности.

Наибольший интерес для стоматологической практики представляют интоксикации организма металлами (ртутью, свинцом, висмутом, цинком, сурьмой и др.), при которых в ротовой полости развиваются катаральный и язвенный стоматиты.

Ртутный стоматит

Ртутный стоматит развивается при попадании ртути в виде паров через органы дыхания, пищеварительный тракт, кожу или путем инъекции ртутных препаратов в лечебных целях. Металлическая ртуть при непосредственном контакте токсического действия на организм не оказывает. Ртутный стоматит развивается вследствие нарушения трофики тканей, связанной с повреждением капилляров СОПР. Циркулирующая в капиллярах СОПР ртуть соединяется с сероводородом полости рта, который выделяется из разлагающихся остатков пищи, зубного налета, содержимого пародонтальных карманов; образуемая сернистая ртуть в виде черной полосы откладывается в клетках эпителия по десневому краю. Накапливаясь, она раздражает слизистую, приводит к ее омертвлению. Сначала возникает асептический некроз, затем присоединяется фузоспириллярная инфекция и развивается язвенный гингивостоматит. Развитию язвенного гингивита способствуют различные раздражители — зубной камень, острые края кариозных полостей, качественные пломбы и протезы.

Клиническая картина

Первым симптомом ртутного стоматита является повышенное слюноотделение, что связано с раздражением слюнных желез выделяемой ими ртутью. Больной жалуется на металлический привкус во рту, ощущение жара, тяжелые пульсирующие боли в деснах, головную боль. Десна воспалена, гиперемизована, отечна. По краю десны и десневых сосочков появляется серо-черная кайма, затем серовато-белый зловонный налет, состоящий из некротизированных эпителиальных клеток и детрита. При углублении некротического процесса образуются язвы, возможно обнажение межальвеолярных перегородок, нередко их секвестрация, расшатывание и выпадение зубов.

При тяжелых ртутных интоксикациях процесс распространяется на слизистую щек, языка, миндалины и зев, а нередко на слизистую твердого нёба и губ. При переходе процесса на СО ретромолярной области развивается тризм, часто воспаляются большие слюнные железы. Саливация в этот период резко увеличивается (до 3—4 л в сутки), слюна становится зловонной, больной не успевает ее проглатывать, и она вытекает из полости рта. Процесс сопровождается повышением температуры, общей слабостью. Такое развитие заболевания наблюдается у больных при значительном накоплении ртути за короткий промежуток времени.

При хронической ртутной интоксикации, кроме ртутного стоматита, повышенной саливации, хронического меркуриального гингивита, наблюдаются такие общие нарушения как головная боль, анемия, расстройства пищеварения, бессонница, бледность кожных покровов, парестезии.

Диагностика ртутного стоматита не представляет трудностей. Отличительными симптомами являются повышенная саливация, увеличенные и резко болезненные лимфатические узлы, серо-черная кайма вокруг зубов. Правильность постановки диагноза

подтверждается обнаружением повышенного количества ртути в моче.

Лечение

Немедленное прекращение поступления ртути в организм, а также принятие мер к срочному выведению ее из организма. Для этого назначают теплые ванны, щелочные минеральные воды. Выведению ртути из организма способствует применение йодистого калия, тиосульфата натрия. Назначают инъекции унитиола, который связывает ртуть и образует с ней нерастворимые соединения, индифферентные для организма. Они хорошо выводятся с мочой и слюной.

Ртутный стоматит лечат по описанной выше методике лечения язвенного стоматита. Необходимо провести тщательную санацию полости рта, назначить аппликации, электрофорез на область поражения с раствором унитиола или тиосульфата натрия. Для уменьшения саливации назначают атропин (5—6 капель 0,1-процентного раствора 2 раза в день). Внутрь назначают поливитамины.

Свинцовый стоматит

Свинец попадает в организм в виде пыли или пара через дыхательные пути; с загрязненных рук и продуктов питания — через пищеварительный тракт и, возможно, через неповрежденную кожу. Выводится с мочой,

потом, слюной и др., лабораторное исследование которых на ранних стадиях имеет большое диагностическое значение.

Клиническая картина

Одним из первых симптомов является металлический привкус во рту и особенный, так называемый свинцовый запах из ротовой полости. Появляется свинцовая кайма — синевато-черная полоска по десневому краю, вокруг шеек фронтальных зубов, преимущественно с вестибулярной стороны. Постепенно развивается хронический катаральный гингивит. Отложения свинца в виде черно-синих пятен могут появиться одновременно в различных участках СО щек, губ, языка, твердого и мягкого неба. Свинцовая кайма представляет собой отложения сернистого свинца, образующегося в результате соединения свинца, выделяемого слюной, с сероводородом, образующимся в десневых карманах при гниении остатков пищи. В СО свинец откладывается в стенках сосудов, вызывая нарушение кровообращения, которое в тяжелых случаях приводит к образованию асептического некроза. В таких случаях возможно развитие язвенного стоматита в связи с внедрением фузоспириллярной инфекции. Иногда воспаляются околоушные железы, что сопровождается затруднением жевания и тризмом.

Наиболее яркие изменения слизистой оболочки полости рта наблюдаются при **заболеваниях крови и кроветворных органов.**

Лейкоз — злокачественное заболевание органов кроветворения, возникающее в результате прогрессирующей клеточной гиперплазии в кроветворных органах, когда процессы клеточного деления (пролиферации) преобладают над процессами созревания.

Элемент поражения — геморагия, эрозия, язва.

Клиническая картина заболевания складывается из четырех основных синдромов, проявляющихся в полости рта:

1. *Гиперпластический процесс* с локализацией в десне (зубы «утапают в деснах»), на нёбе, спинке языка, губах; на фоне системной гиперплазии всего лимфатического аппарата. Задняя стенка глотки имеет «шишковатый» вид за счет гиперплазии лимфоидных образований зева. Нередко сочетание гиперплазии с язвенно-некротическими поражениями слизистой.

2. *Язвенно-некротический процесс* локализуется на десне (язвенный гингивит), миндалинах (язвенно-некротическая ангина) и на слизистой других отделов полости рта. Некротический процесс имеет склонность к распространению. Реактивные изменения вокруг язвы отсутствуют или слабо выражены.

3. *Геморрагический синдром* нередко является первым и единственным симптомом болезни. В его основе лежит резкая тромбоцитопения. Анемия, нарушение сосудистой проницаемости, гепаринемия. Слизистая легко ранима, кровоизлияние на деснах, щеках (особенно по линии смыкания зубов), нёбе, языке. Гематомы, геморрагические пузыри как на слизистой оболочке, так и на коже.

4. *Анемический синдром* — патологическая бледность кожных покровов, бледность, пастозность слизистой оболочки полости рта.

5. *Интоксикационный синдром* — угнетение общей реактивности организма, снижение местных защитных механизмов, ослабление лейкоцитарной защиты, развитие

локального тромбгеморрагического синдрома. Повышение температуры тела, ухудшение общего состояния.

Дифференциальная диагностика

Проявление острого лейкоза на слизистой оболочке следует дифференцировать от гипертрофического гингивита другой этиологии, эпюлиса, язвенно-некротического гингивита и стоматита Венсана, язвенно-некротической ангины Венсана, гиповитаминоза С, интоксикации солями тяжелых металлов. Решающими в диагностике лейкозов являются результаты исследования крови.

Лечение

Общее лечение проводят под наблюдением терапевта-гематолога.

Местное лечение включает обезболивающие средства, аппликации протеолитических ферментов на некротизированные участки слизистой оболочки рта, антисептическую обработку и препараты, стимулирующие эпителизацию.

Анемии

Анемия — состояние, характеризующееся уменьшением количества эритроцитов и снижением содержания гемоглобина в единице объема крови.

Клиническая картина заболевания проявляется парестезией слизистой оболочки и нарушением вкуса, сухостью во рту, нарушением целостности красной каймы губ, бессимптомным течением кариеса, атрофией эпителия, сосочков языка.

Дифференциальная диагностика проводится с синдромом жжения при дисбиозах, кандидозе, заболеваниях нервной и эндокринной систем, хейлитами и глосситами другой этиологии.

Лечение

Общее лечение проводит специалист, врач-терапевт, гематолог. Местное лечение включает устранение травмирующих факторов, санацию полости рта, по показаниям назначают симптоматическую терапию, направленную на ликвидацию трещин красной каймы губ, нормализацию саливации, устранению жжения парестезий.

Пузырчатка и герпетиформный дерматит Дюринга

Пузырчатка истинная (акантолитическая) — буллезный дерматоз, характеризующийся образованием внутриэпителиальных пузырей на неизменной коже и (или) слизистых оболочках в результате акантолиза.

Элемент поражения — внутриэпителиальный пузырь, вялый, нестойкий, увеличивающийся по краям; его эволюция — увеличивающиеся, длительно существующие эрозии; корки, пигментные пятна.

Этиология

Существуют инфекционная, нейрогенная, эндокринная, энзимная, токсическая и наследственная теории развития заболевания.

Патогенез истинной пузырчатки аутоиммунный. Аутоагрессия направлена против межклеточной субстанции, белков десмосом, клеток шиповатого слоя эпидермиса и многослойного плоского эпителия слизистых оболочек разной локализации. Отложение иммунных комплексов и комплемента на десмосомах приводит к активации межклеточных протеаз и разрушению межклеточной субстанции, разобщению кератиноцитов (акантолизу) и формированию внутриэпителиальной щели, затем — супрабазальной полости.

Формы заболевания

Различают 4 клинические формы акантолитической пузырчатки: вульгарную, вегетирующую, листовидную, себорейную (эриматозную).

Дифференциальная диагностика

Акантолитическую (истинную) пузырчатку необходимо дифференцировать от других буллезных поражений слизистой оболочки полости рта: многоформной экссудативной эритемы, пемфигоида, лекарственной аллергии, буллезной формы красного плоского лишая, герпетиформного дерматита Дюринга, доброкачественной неакантолитической пузырчатки только слизистой оболочки полости рта.

Критерии диагностики вульгарной пузырчатки

Характерная клиническая картина поражения: пузыри на видимо не измененной коже, длительно существующие эрозии на коже и на видимо не измененной слизистой оболочке рта, конъюнктивы, слизистой носа, гениталий. По краю эрозии могут наблюдаться остатки покрывок пузырей.

Феномен Никольского положительный. Существует три его разновидности:

Краевой симптом Никольского — при потягивании пинцетом за обрывки пузырной покрывки происходит краевая отслойка эпителия за пределы видимой границы пузыря более 0,5 см. Тонкая пленка эпителия легко рассекается пинцетом. Потирание неизменной на вид слизистой оболочки или кожи между участками поражения приводит к быстрому образованию пузырей или эрозий. Если потереть участки, располагающиеся далеко от области поражения, то там также отслаиваются верхние слои эпителия.

Цитологический метод диагностики. Обнаружение акантолитических клеток пемфигуса в мазках-отпечатках со дна свежих эрозий: они круглые (овальные), разобщены, величина акантолитических клеток меньше величины нормальных эпителиоцитов, эпидермоцитов; ядра акантолитических клеток интенсивно окрашены; в увеличенном ядре можно обнаружить 2—3 крупных ядрышка; цитоплазма клеток резко базофильна, окрашивается неравномерно, вокруг ядра образуется светло-голубая зона, а по периферии — сгущение окраски в виде интенсивного синего ободка; акантолитические клетки при пузырчатке могут образовывать клетки-симпласты, содержащие несколько ядер.

Гистологический метод диагностики. Определяются внутриэпидермальная щелевидная полость, акантолиз, клетки шиповатого слоя на разных стадиях дегенерации.

Иммунологический метод диагностики

Прямая ИФ: на срезах биоптата в межклеточных пространствах выявляются отложения иммуноглобулина G; непрямая ИФ: в сыворотке крови выявляются аутоантитела (Ig G) к белкам, содержащимся в десмосомах. Их титр коррелирует с тяжестью течения вульгарной пузырчатки.

Лечение

Принципы терапии истинной пузырчатки.

Лечение истинной пузырчатки является патогенетическим, направленным на подавление синтеза аутоантител к белкам десмосомальных связей шиповатых клеток эпидермиса, эпителия. Главным средством лечения больных истинной пузырчаткой являются глюкокортикостероидные гормоны (ГК).

Глюкокортикостероидные гормоны: преднизолон, метилпреднизолон, фторсодержащие препараты — триамцинолон и его аналоги — кенакорт, полькортолон; производные бета-метазона (целестон).

ГК назначают самостоятельно (монотерапия) или в сочетании с цитостатиками (комбинированная, сочетанная терапия с азатиоприном или метатрексатом, циклофосфамидом, циклоспорином А).

В лечении выделяют три этапа.

Назначение «ударных» суточных доз ГК в начале лечения: преднизолона — 60—80 мг/сут., триамцинолона — по 40—80 мг/сут., дексаметазона — по 8—10 мг/сут., которыми достигают прекращения образования новых пузырей, полной эпителизации эрозий.

Постепенное медленное снижение суточной дозы ГК до поддерживающей. Поддерживающей ГК считают ту минимальную дозу, которая сдерживает у конкретного больного образование пузырей, эрозий.

Длительное (пожизненное) амбулаторное лечение больного поддерживающими дозами ГК при диспансерном наблюдении.

Местное лечение

Направлено на профилактику вторичного инфицирования эрозий и язв, ускорение их эпителизации. Назначают обезболивающие средства, антисептики, кортикостероидные мази, кератопластические средства. При осложнении пузырчатки кандидозом — противогрибковые препараты.

Физиотерапевтический метод лечения — лазеротерапия (гелий-неоновый и инфракрасный лазер).

Осложнения стероидной терапии

Экзогенный (медикаментозный) синдром Иценко-Кушинга со всеми его проявлениями. Их выраженность уменьшается при переходе на поддерживающие дозы ГК.

Иммунодепрессивное состояние, которое проявляется присоединением (обострением) гнойной, грибковой или вирусной инфекции. Это обстоятельство делает необходимым тщательный гигиенический уход за кожей, использование стерильного белья, асептических палат, применение наружно антисептиков. В ряде случаев возникает необходимость применить общую терапию антибактериальными антибиотиками, противогрибковыми или противовирусными препаратами.

Нарушение водно-солевого баланса в организме:

- гипокалиемия проявляется в нарушении проводимости мышцы сердца (ЭКГ), поэтому одновременно с ПС назначают препараты калия (аспаркам, панангин, оротат калия и др.);
- гипокальциемия может вызвать у больного парестезии, судороги поперечнополосатых мышц, остеопороз и остеомаляцию, развитие патологических переломов; в связи с этим назначают препараты кальция (глюконат кальция 4—6 г в день), оксидевит (100 мг) ежедневно на ночь) и тирокальцитонин (кальцитрин) подкожно;
- задержка солей натрия способствует развитию стероидной гипертонии и отеков, поэтому периодически назначают гипотензивные средства и калийсберегающие мочегонные.

Гипопротеинемия, развивающаяся вследствие катаболизма белка, может проявляться безбелковыми отеками из-за снижения онкотического давления плазмы. В связи с этим больным назначают анаболические гормоны (ретаболил или неробол внутримышечно раз в 2—3 недели).

Гастрит, эзофагит, язва желудка и 12-перстной кишки, что может привести к грозным

осложнениям — желудочному кровотечению или прободению язвы. Это обстоятельство обуславливает необходимость соблюдения щадящей диеты и профилактического применения антацидных препаратов, блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов. Возникновение пептической язвы на фоне лечения больного пузырьчаткой ГК резко ухудшает прогноз заболевания. Возникает настоятельная необходимость снизить суточную дозу гормона при одновременном назначении цитостатика, перейти на инъекционное введение ГК.

Сахарный диабет: развивается из-за стимуляции глюконеогенеза и периферического антиинсулинового действия ГК. Поэтому больного переводят на гипогликемическую диету (стол 9а), при выраженной гипергликемии назначают помимо диеты рекомендованные эндокринологом антидиабетические средства (таблетированные, инсулин).

Нарушение психики больного (бессонница, эйфория, возбуждение, иногда стероидный психоз). Назначают снотворные и седативные препараты, при необходимости консультируют у психоневролога.

Атрофия мышц, ломкость сосудов (пурпура), гиперкоагуляционный (реже — гипокоагуляционный) синдром, атрофические полосы на коже, стероидные акне и др. Не все перечисленные выше осложнения терапии глюкокортикостероидами развиваются обязательно. Умение врача предусмотреть и своевременными назначениями их предупредить или ослабить во многом определяет успех лечения, длительность ремиссии заболевания. Поэтому на фоне лечения большими дозами ГК (на I и II этапах терапии) важна достаточная длительность стационарного лечения, когда ежедневный тщательный контроль опытного врача, консультации врачей других специальностей, своевременная медикаментозная коррекция создают благоприятные предпосылки для регресса проявлений болезни при минимальных осложнениях. Для сокращения суточной дозы ГК и уменьшения осложнений иногда в стационаре используют плазмаферез и гемосорбцию, которые позволяют временно снизить уровень циркулирующих аутоантител у больных.

Герпетиформный дерматит Дюринга

Хроническое рецидивирующее заболевание, возникающее в возрасте 30—40 лет, но может начаться в любом возрасте.

Элементы поражения

Заболевание характеризуется высыпанием полиморфных элементов: эритематозных пятен, волдырей, папул, различной величины пузырей, имеющих характерную особенность располагаться сгруппированно (как при герпесе) на разнообразных участках кожного покрова и полости рта, слизистой оболочке неба, щек, губ. Иногда элементы поражения располагаются кольцевидно. Пузыри, наполненные прозрачным или мутным, реже геморрагическим содержимым возникают или на фоне розовых пятен, или на неизменной коже. Они вскрываются, образуя эрозии, или подсыхают с образованием медово-желтых или кровянистых бурых корок, под которыми происходит эпителизация. После заживления пузырей остается пигментация кожи. Высыпания сопровождаются зудом. Чаще высыпания появляются на коже голеней, предплечий.

Предполагают аутоиммунную природу заболевания. Определенную роль играет также повышенная чувствительность к йоду и генетическая предрасположенность. По современным представлениям, герпетиформный дерматит Дюринга является полиэтиологическим синдромом, развивающимся у лиц, страдающих нарушениями функции тонкого кишечника с последующим формированием иммуноаллергических реакций. Заболевание может проявляться и как параонкологический синдром.

Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки не обнаруживаются, болезненность эрозий незначительная.

В крови обнаруживается значительная эозинофилия и лейкоцитоз. В содержимом пузырей — также эозинофилия. Характерной для больных герпетиформным дерматитом считается повышенная чувствительность к йоду.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз проводят с пемфигоидом, истинной пузырьчаткой, многоформной экссудативной эритемой, буллезной токсикодермией.

Лечение

Основным средством терапии герпетического дерматита являются препараты диамино-диафенилсульфона (ДДС) по 0,05—0,1 г 2 раза в день циклами по 7 дней с одно-, двухдневными перерывами. Затем постепенно вырабатывается поддерживающая доза. При непереносимости ДДС рекомендуется сульфацил-ридин (1,0—1,5 г в сутки).

Целесообразна диета с ограничением продуктов, богатых глютином, ограничение соли и исключение продуктов, в которых предполагается наличие йода (сосиски, морская рыба и т. п.).

Красный плоский лишай (КПЛ)

Хроническое узелковое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках и нередко имеющее характер лихеноидной реакции.

Элемент поражения — узелок (папула). На слизистой оболочке папулы беловато-перламутрового или серовато-белого цвета до 2 мм в диаметре, часто сливаются между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева или листьев папоротника. На языке папулы имеют вид бляшек до 1 см в диаметре, напоминающих лейкоплакию.

Клиническая картина заболевания

Следует различать 6 клинических форм КПЛ слизистой оболочки рта и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную и атипичную.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику следует проводить с лейкоплакией, красной волчанкой, вторичным сифилисом, кандидозом, аллергическими заболеваниями, с хронической механической травмой, болезнью Боуэна, волосистой лейкоплакией, многоформной экссудативной эритемой, буллезным пемфигоидом.

Лечение

Всем пациентам проводят санацию полости рта, подбор методов и средств гигиены полости рта, рациональное протезирование с учетом индивидуальной чувствительности к материалам зубных протезов. Общее и местное лечение зависит от клинической формы заболевания и характера сопутствующей патологии.

1. Типичная и гиперкератотическая формы

Местное лечение — коррекция состава микрофлоры, аппликация препаратов, нормализующих процесс ороговения (витамин А), антиоксидантов (витамин Е, тыквеол).

Общее лечение: курс лечения — 2—3 месяца, 2—3 курса лечения в год.

2. Экссудативно-гиперемическая, атипичная формы

Местное лечение — коррекция состава микрофлоры, увлажнение слизистой оболочки (Biotene-гель), нормализация процессов микроциркуляции (аминокапроновая кислота, троксевазин-гель).

Общее лечение — антиоксиданты (Виадро, Омега-3, витамины А, Е, С, РР), гипосенсибилизирующая терапия (диазолин, ломилан), дезинтоксикационная терапия (желчегонные травы).

3. Эрозивно-язвенная и буллезная формы

Местное лечение — обезболивание (лидокаин, пиромикаин, анестезин), антисептики (фурациллин, хлоргексидин), противогрибковые препараты (нистатин), ферменты (стоматозим, ируксол, солкосерил-гель, лизоцим), эпителизирующие средства (аппликации масляными растворами витамина А или витамина Е, метилурациловой мази, раствора димефосфона), увлажнение слизистой оболочки (Biotene-гель), кортикостероидные мази.

Общее лечение — седативная терапия (фенибут, новопассит), кортикостероиды (преднизолон), антималярийные препараты (делагил), гипосенсибилизирующие (диазолин, ломилан, гистоглобулин), препараты, улучшающие кровоснабжение и нормализующие проницаемость сосудистой стенки (андекалин, трентал, троксевазин), стимулирующие процессы регенерации (актовегин, солкосерил), иммунокорректоры (имудон, липопид).

Решающее значение в профилактике рецидивов плоского лишая имеет успешное лечение соматических заболеваний и функциональных нарушений деятельности нервной системы.

Красная волчанка (КВ)

Красная волчанка относится к аутоиммунным заболеваниям (коллагенозам), при которых возникает сенсibilизация к инфекционным и неинфекционным агентам.

Заболевание протекает в хронической или острой форме.

Хроническая красная волчанка

Элементы поражения — пятна в виде эритемы и гиперкератоза и атрофия.

Эритема — резко ограниченный воспалительный очаг красного или красновато-фиолетового цвета. В центре очага наблюдается гладкая синевато-красная поверхность.

Гиперкератоз — проявляется в виде многочисленных белых или синевато-белых нежных точек и полосок, часто расположенных в виде частокола.

Атрофия — слегка западающий участок слизистой оболочки в центре эритемы.

Клиническая картина

Клиническая картина хронической красной волчанки слизистой оболочки рта и красной каймы губ имеет значительные вариации. Выделяют четыре формы КВ красной каймы губ: типичную, форму без клинически выраженных атрофий и гиперкератоза, эрозивно-язвенную, глубокую форму Капоши-Ирганга. На слизистой оболочке полости рта описывают три формы поражения: типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с красным плоским лишаем, лейкоплакией, актиническим хейлитом, абразивным пре-канцерозным хейлитом Манганотти.

Лечение

До начала медикаментозного лечения больной красной волчанкой нуждается в обследовании для исключения системности поражения, выявления очагов фокальной инфекции, выяснения реакции кожи на солнечные лучи. Лечение больных хрониче-

ской красной волчанкой следует начинать с санации организма и полости рта, защиты очагов поражения от действия прямых солнечных лучей.

Общее лечение больных красной волчанкой проводят специалисты по коллагеновым заболеваниям (ревматологи).

Наиболее эффективными средствами лечения являются синтетические противомаларийные средства — хингамин (хлорохин, делагил). Их назначают по 0,25 г 2 раза в день. Курсовая доза в среднем 20 г, но она может варьировать в зависимости от клинических проявлений заболевания и переносимости. Эффективность синтетических противомаларийных препаратов значительно возрастает при назначении одновременно небольших доз преднизолона (10—15 мг), триамцинолона (8—12 мг) или дексаметазона (1,5—2 мг). Хороший эффект дает метод внутриочагового введения растворов хингамина. Для обкалывания очага применяются 5—10% раствор препарата, который вводят под очаг в дозе 1—3 мл через 1—2 дня после стихания острых воспалительных явлений. Для лечения красной волчанки широко применяют комплекс витаминов группы В, особенно никотиновую кислоту в дозе 0,05—0,1 г 3 раза в день.

Местное лечение. Хороший, но нестойкий терапевтический эффект можно получить при лечении красной волчанки кортикостероидными мазями (синалар, ультралан, флуцинар и др.). При эрозивно-язвенной форме вначале рекомендуют обезболивающие средства, кортикостероидные мази, антисептики, противогрибковые препараты, кератопластики. Основное внимание следует уделить санации полости рта, коррекции состава микрофлоры.

Складчатый язык

Складчатый (скротальный) язык обычно является следствием аномалии развития и обнаруживается в раннем возрасте. Складчатость часто сопровождается умеренным увеличением всего языка — макроглоссией. Характерно наличие многочисленных борозд на его поверхности. Продольная складка обычно располагается строго посередине, беря свое начало от кончика языка и нередко достигая уровня расположения желобоватых сосочков; от нее отходят поперечные складки (в виде жилок листа).

На дне и боковых поверхностях складок располагаются сосочки, характерные для нормальной слизистой оболочки языка. Язык мягкий. Складчатость и увеличение языка как аномалия развития может захватывать только переднюю треть языка.

Складчатый язык в 30—50 % случаев сочетается с десквамативным глосситом. У лиц со значительными соматическими расстройствами, перенесших острые инфекции, слизистая оболочка более чувствительна к различным разрастаниям, легко нарушается ее целостность, на ней хорошо размножается микробная флора, особенно грибок кандиды. Это приводит к катаральному воспалению или кандидозному глосситу (см. кандидоз).

Складчатый язык может быть одним из симптомов синдрома Россолима-Мелькерссона-Розенталя, в этом случае он может быть как врожденным, так и приобретенным.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику следует проводить с третичным сифилисом, складчатым языком у лиц, подвергшихся ионизирующей радиации.

Лечение

Специального лечения не требуется. Рекомендуют санацию и соблюдение гигиены ротовой полости.

Черный волосатый язык

Черный волосатый язык — изменение языка, выражающееся в разрастании и ороговении нитевидных сосочков средней и задней третей

Этиология неясна. Найти специфический возбудитель не удалось, в соскобах с языка при бактериологическом исследовании в большинстве случаев обнаруживается банальная флора — сапрофиты. А. М. Ариевич наблюдал значительное количество лептотрихий.

Предрасполагающие факторы: трофический (нарушение обменных процессов эпителия языка); физико-химический (алкоголь, табак, лекарственные вещества, изменение кислотности ротовой жидкости); заболевания желудочно-кишечного тракта; инфекционные заболевания; гипо- и авитаминозы.

Встречается преимущественно у мужчин, чаще в среднем и пожилом возрасте. Субъективных ощущений может и не быть. Иногда беспокоит необычный вид языка, ощущение инородного тела на спинке языка, появление рвотного рефлекса при разговоре и глотании, иногда чувство зуда, неловкости в языке либо ощущение инородного тела на нёбе.

Клиническая картина

На спинке языка впереди слепого отверстия нитевидные сосочки удлиняются до 2—3 мм, утолщаются за счет отсутствия слущивания ороговевших клеток, приобретают цвет от слабо-коричневого до черного. Измененный участок обычно имеет овальную (реже треугольную) форму и располагается по средней линии. Боковая поверхность и кончик языка свободны от разрастаний. Предполагают, что пигмент образуется из соединений железа, находящегося в пище; на окраску сосочков может оказывать влияние и микрофлора (хромогенные грибы и другие виды). На верхушках сосочки более темные, у основания они толстые и плотные, по направлениям к вершинам они истончаются, внешне напоминают волосы. Этот очаг без лечения сохраняется неопределенно долго, иногда спонтанно исчезает.

Гистологически выражена гиперплазия сосочков, эпителий в стадии значительного ороговения, подлежащая ткань не изменена.

Дифференциальная диагностика

Черный (волосатый) язык следует отличать:

- от сходных состояний, возникающих при применении некоторых лекарственных веществ: полоскании раствором перманганата калия, хлорамина, приеме внутрь антибиотиков, кортикостероидов, пищевых продуктов, содержащих красящие вещества;
- от измененного языка при пигментно-папиллярной дистрофии (гемосидероз печени, бронзовый цирроз печени);
- от изменений языка при аддисоновой болезни;
- от изменений языка при заболеваниях щитовидной железы — характерно увеличение языка, он не помещается в полости рта. Является ранним и постоянным признаком. Язык утолщен, плотный, на его дорсальной поверхности имеются складки, гиперплазия сосочков, по боковой поверхности — отпечатки зубов;
- от изменений языка при акромегалии, вызываемой избыточной продукцией гормона роста.

Лечение

Общее:

1. Показано лечение соматических заболеваний.
2. Профессиональная гигиена и санация полости рта.
3. Транквилизаторы, седативные средства (валериана, пустырник), психотерапия.
4. Пантотенат Са (витамин В₅) по 0,1—0,2 г 3 раза в день в течение месяца.
5. Поливитамины с микроэлементами (глютамеvit, юникап), олиговит.
6. Нередко черный (волосатый) язык протекает на фоне общей сенсibilизации организма, при подобном развитии процесса назначают десенсибилизирующие средства (фенкарол, тавегил, супрастин, глюконат кальция).
7. Если сопутствует кандидоз, применяют антигрибковую терапию (нистатин, декамин, леворин и др.).

Местное:

1. Применение кератолитических средств: смазывать язык 3—5 % раствором резорцина 2—3 раза в день, 5—10 % раствором салицилового спирта.
2. С. М. Базарнова и П. М. Рощина рекомендуют вводить под очаг поражения 0,25 % раствор CaCl₂ (0,5—1 мл) с 0,5 мл 1—2 % раствора новокаина 2 раза в неделю, на курс 3—5 инъекций. Затем блокады трентала, на курс 3—5 инъекций.
3. Эффективна криодеструкция — орошение разросшихся сосочков жидким азотом 15—30 секунд, что приводит к отторжению гиперплазированных сосочков.
4. Строго запрещается курение.
5. Аппликации кератопластиков (масло шиповника, витамин А либо Е в масле, облепиховое масло, мазь Унна и пр.) по 20 мин. 3—4 раза в день.
6. Гигиена языка 2 раза в день.

Ромбовидный глоссит

Ромбовидный глоссит — это хронический воспалительный процесс слизистой оболочки языка, лишенный сосочков. Brock (1914), впервые описавший это заболевание, предложил рассматривать его как врожденное, обусловленное нарушением эмбриогенеза.

Провоцирующие факторы:

- курение;
- грибковая флора — грибок кандиды выявляется почти во всех случаях на поверхности поражения и в глубине эпителия;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- гиповитаминоз витамина С.

Клиническая картина

По средней линии языка впереди желобоватых сосочков обнаруживается очаг ромбовидной или овальной формы шириной 0,5—2 см, длиной 1,5—5 см; очаг единичный (очень редко их 2—3), расположен вдоль средней линии языка.

Различают три формы:

- гладкую (или плоскую);
- бугристую (или бугорковую);
- папилломатозную (или гиперпластическую).

При гладкой форме ромбовидного глоссита поражение поверхности обычно небольших

размеров, розового или красного цвета, четко отграничено от остальных участков, не выступает над окружающей слизистой оболочкой, сосочки эпителия отсутствуют, пальпаторно участок поражения уплотнен, безболезнен, подчелюстные лимфатические узлы при плоской и других формах ромбовидного глоссита не прощупываются. Жалоб может и не быть. Иногда может быть жжение, пощипывание, усиливающееся при приеме пищи, чувство инородного тела на нёбе.

При бугристой форме ромбовидный, круглый или овальный участок поражения состоит из хорошо определяемых бугорков различных размеров, отделенных друг от друга четко выраженными складками, которые, как и сами бугорки, лишены сосочков. Такое расположение бугорков напоминает мостовую, выложенную из гранита. Окраска этой области красная, часто с цианотичным оттенком, нередко наблюдается ороговение покровного эпителия, участок поражения не увеличивается, он постоянно сохраняет свою форму и размеры.

При гиперпластической форме характерны папилломатозные разрастания, значительно выступающие над спинкой языка. Они имеют широкое основание, уплощенные вершины, беловато-розовый цвет; в результате их формируется приподнятый, бугристый, довольно плотный, изредка воспаляющийся очаг. У больного появляется ощущение присутствия инородного тела во рту.

Ромбовидный глоссит имеет доброкачественное течение, лишь при неблагоприятных условиях (постоянное хроническое раздражение, снижение защитных сил организма) бугристая и папилломатозная формы глоссита проявляют склонность к прогрессированию и озлокачествлению. Такие больные должны находиться под диспансерным наблюдением, подлежат периодическим осмотрам не реже одного раза в течение 3—6 месяцев.

Дифференциальная диагностика и лечение

Ромбовидный глоссит при дифференциальной диагностике отличают *от кандидоза*, плоскую форму — *от глосситов другой этиологии* (десквамативного глоссита, авитаминоза).

Бугристую и папилломатозную формы дифференцируют *со злокачественными новообра-*

зованиями, специфическими *воспалительными процессами* (туберкулез, сифилис); диагноз ставят на основании данных осмотра, бактериологического и при необходимости гистологического исследований.

Лечение

Общее:

1. Санация и профессиональная гигиена полости рта.
2. Запрещение курения.
3. При обнаружении гриба кандиды — противогрибковое лечение.
4. В случае канцерофобии — психотерапия, седативные препараты и транквилизаторы.
5. Пантотенат Са (витамин В₅) по 0,1—0,2 г 3 раза в день в течение месяца.

Местное:

1. При плоской форме лечения не проводится.
2. При значительных папилломатозных разрастаниях иссекают очаг поражения с последующим гистологическим исследованием или проводят криодеструкцию.

Десквамативный глоссит

Десквамативный глоссит — воспалительное-дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка.

Десквамативный процесс на слизистой оболочке языка развивается при заболеваниях кроветворных органов, эндокринной системы, при нарушении витаминного баланса.

Элемент поражения — пятно.

Клиническая картина

Клинически процесс начинается с появления на каком-либо участке языка небольшой зоны беловато-серого цвета, что обусловлено постепенным отторжением поверхностных слоев эпителия. Вскоре эпителий полностью отторгается, обнажается ярко-красного цвета подлежащая ткань, участок десквамации окружен серым ободком из нитевидных сосочков, покрытых неотторгнувшимися слоями эпителия. В центральной зоне нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохраняются. Постепенно на периферии участка происходит дальнейшее отслоение, а центральная зона начинает покрываться регенерирующим

слоем эпителия, процесс распространяется на значительной поверхности языка.

Течение десквамативного глоссита — хроническое, ремиссии возникают спонтанно и, как правило, кратковременны. Изменения слизистой оболочки обратимы.

Дифференциальная диагностика

Десквамативный глоссит дифференцируют:

- со вторичным рецидивным сифилисом;
- с типичной формой красного плоского лишая;
- с плоской формой лейкоплакии;
- с недостаточностью витаминов В₁₂, В₁;
- с изменениями в языке при системной склеродермии;
- с изменениями в языке при заболеваниях органов системы питания;
- с изменениями в полости рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
- с радиомукозитами.

Лечение

Лечение складывается из общих и местных мероприятий.

Общее лечение:

1. Рекомендуются нормализовать функцию органов пищеварения, показано лечение соматических заболеваний.
2. Санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта.
3. В случаях канцерофобии — психотерапия.
4. Седативные средства — препараты валерианы, пустырника, различные комбинированные препараты: микстура Бехтерева, корвалол, валокардин.
5. Десенсибилизирующая терапия: тавегил, пипольфен, супрастин, фенкарбол.
6. Пантотенат Са (витамин В.) по 0,1—0,2 г 3 раза в день в течение месяца.
7. Поливитамины с микроэлементами: эссенциале, юникап, супрадин.
8. Раствор даларгина по 1 мг 2 раза в день, внутримышечно — 10 дней, оказывает выраженное аналитическое действие и стимулирует процесс эпителизации слизистой оболочки полости рта.
9. Биотрит-С по 1 таблетке под язык 3 раза в день после еды 20 дней (осень,

зима, весна) — биостимулятор широкого спектра действия.

10. Сосудистые препараты — танакан, трентал, кавинтон, стугерон в течение 3—4-х недель.

Местное лечение:

1. При выраженной болезненности целесообразно назначать местные обезболивающие средства:
 - пиромекаин в растворе 0,5 %, 1 %, 2 %;
 - мазь пиромекаиновую 5 %;
 - 2 % анестезин на персиковом масле;
 - 2 % анестезин на глицерине.
2. При появлении чувства жжения — ирригации и ротовые ванночки с раствором цитраля (25—30 капель 1-процентного спиртового раствора цитраля на полстакана воды).
3. Аппликация с кератопластиками: витамин А в масле, масло шиповника, каротолин, солкосерил — дентальная адгезивная паста, мундизал-гель в виде аппликаций 3—5 раз в день по 20 минут.
4. Положительный эффект дает применение новокаиновых блокад в области язычного нерва (на курс — 10 инъекций).
5. Эйконол — концентрированный рыбий жир. Хороший эффект дает сочетание эйконола в терапевтических дозах и кератопластиков на очаги поражения (по 20 мин. 3 раза в день).
6. Тантум Верде — нестероидный противовоспалительный препарат: по 15 капель в виде ротовых полосканий либо ванночек 4 раза в день в течение 6 дней (как симптоматическое средство, противовоспалительное и анестезирующее).
7. Зубной эликсир «Бальзам Виктория» и бальзам «Биорит». В виде орошений, ванночек и полосканий, 2 раза в день во время чистки зубов.
8. Физиолечение: фонофорез анальгина. Смесь 2 мл 50-процентного раствора анальгина и 20 г вазелинового масла наносят на язык, воздействие ультразвука проводят в течение 3—4 мин., интенсивность 0,1—0,2 Вт/в импульсном режиме. Курс — 12 процедур.

А. Собственно хейлиты:

1. Эксфолиативный (сухая форма, переходная, экссудативная форма).
2. Гранулярный (первичный простой, вторичный простой, гнойный гранулярный хейлит).
3. Контактный (простой, аллергический).
4. Метеорологический.
5. Актинический.

В. Симптоматические хейлиты:

1. Атопический.
2. Экзематозный (экзема губ, контактный микробный).
3. Плазматочный.
4. Макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя.
5. Лимфоэденоматозный макрохейлит.
6. Гранулематозный хейлит Мишера.
7. Хейлит при ихтиозе.
8. Гиповитаминозный хейлит.

Эксфолиативный хейлит

Эксфолиативный хейлит — хроническое заболевание, при котором поражается исключительно красная кайма губ.

Элементы поражения: при экссудативной форме — корка, при сухой — чешуйка.

Клиническая картина

Эксфолиативным хейлитом болеют чаще женщины. Возраст больных варьирует от 3 до 70 лет, но чаще составляет 20—40 лет.

Сухая форма

Характеризуется локализацией элементов поражения исключительно на красной кайме одной или обеих губ. Поражение имеет вид ленты, тянущейся от угла до угла рта и от линии Клейна до середины красной каймы губ. Комиссуры рта остаются свободными от высыпаний. Часть красной каймы, прилежащая к коже, всегда остается непораженной. Чешуйки серого или серовато-коричневого цвета плотно прикреплены в центре к красной кайме и несколько отстают по краям. Через 5—7 дней после появления чешуйки довольно легко снимаются, при этом обнажается ярко-красная

поверхность красной каймы, эрозий на месте чешуек нет.

Экссудативная форма

Характеризуется появлением на красной кайме губ чешуйко-корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета, которые покрывают пластом красную кайму губы от угла до угла рта, начиная от переходной зоны слизистой оболочки полости рта (линии Клейна) до середины красной каймы губ.

Иногда корки достигают значительных размеров и свисают с губы в виде фартука. Процесс никогда не переходит ни на кожу, ни на слизистую оболочку. Характерной особенностью заболевания является то, что полоска красной каймы губы, прилежащая к коже, а также комиссуры рта остаются непораженными. После снятия корок обнажается ярко-красная гладкая, чуть влажная поверхность красной каймы губы, причем отличительной чертой эксфолиативного хейлита является отсутствие эрозий при приеме пищи и речи, поэтому рот у этих больных всегда приоткрыт.

Дифференциальная диагностика

В типичных случаях установить диагноз не представляет трудностей.

Экссудативную форму эксфолиативного хейлита дифференцируют с экссудативной формой актинического хейлита, с абразивным преанкротическим хейлитом Манганотти, метеорологическим хейлитом, контактным аллергическим и атопическим хейлитами, с акантолитической пузырьчаткой, эрозивно-язвенными формами красной волчанки и красного плоского лишая.

Лечение

Лечение сухой формы эксфолиативного хейлита — комплексное (местное в сочетании с общим).

Местное лечение включает в себя следующие процедуры:

- 1) санация полости рта, профессиональная гигиена;
- 2) гигиена полости рта;

- 3) рациональное протезирование;
- 4) аппликации кератопластических средств;
- 5) при выходе на улицу используют индифферентные мази и кремы, которые наносятся на губы тонким слоем: «Восторг», «Спермацетовый», «Детский», гигиеническая помада.

Общее лечение:

1) седативные средства и транквилизаторы в течение 3—4 недель (кассадан 0,25 г 2 раза в день, коаксил 12,5 мг 2 раза в день, 1—2 мес.);

2) психотерапия — гипноз, аутотренинг, релаксация, электросон;

3) поливитамины с микроэлементами.

Лечение экссудативной формы включает также комплекс процедур.

Местное лечение:

1) санация полости рта, профессиональная гигиена;

2) рациональная гигиена полости рта;

3) аппликации кератопластиков, а также солкосерил — дентальная адгезивная паста 3—4 раза в день;

4) аппликации кортикостероидных мазей — преднизолоновой или гидрокортизоновой — 3—4 раза в день по 20 мин.;

5) блокады 2-процентным раствором лидокаина или 2-процентным раствором тримекаина 2—3 мл по типу инфильтрационной анестезии в губу нижнюю и верхнюю через день (7—10 дней);

6) пограничные лучи Букки — по 200 R 2 раза в неделю, на курс лечения 1600—3000 R. Перед сеансом следует удалить корки, 1 курс — 6 мес.

Общее лечение:

1) седативные препараты и транквилизаторы — до полного выздоровления, дозы подбираются индивидуально;

2) психотерапия — гипноз, аутотренинг, электросон, релаксация;

3) иглотерапия;

4) поливитамины с микроэлементами — супрадин, юникап-М, пангексавит, глютамеvit, олиговит и др.;

5) препараты, повышающие реактивность организма;

6) гамма-глобулин или гистаглобулин по 2 мл 2 раза в неделю, 5—7 дней.

Гландулярный хейлит

Заболевание развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции и нередко — гетеротипии слюнных желез в области красной каймы губ и переходной складки.

Различают первичный и вторичный простой glandулярные хейлиты.

Клиническая картина

Первичный glandулярный хейлит: в области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы, а иногда и на красной кайме видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капельки слюны.

Вторичный glandулярный хейлит является следствием хронических воспалительных заболеваний, при которых может быть поражена слизистая оболочка или красная кайма губ. В этом случае на фоне проявлений основного заболевания, чаще на слизистой оболочке губ в области переходной складки, видны расширенные устья слюнных желез, из которых выделяются капельки слюны.

Диагностика

Следует отличать от вторичного glandулярного хейлита, причиной которого могут быть различные воспалительные заболевания губ.

Лечение

Применяется электрокоагуляция тела слюнной железы, которая проводится с использованием тонкого волоскового электрода на глубину тела самой железы.

Гнойный glandулярный хейлит может развиться в результате проникновения пиогенной инфекции в расширенные протоки слюнных желез, вызывая абсцедирование одной или нескольких желез.

Местное лечение состоит из двух этапов.

I этап:

1) противовоспалительная терапия; аппликации на губы 5-процентной синтомициновой эмульсии 3—4 раза в день по 20 мин., 0,5-процентной преднизолоновой мази, а также мазей синалар и локакортен;

2) санация полости рта;

3) гигиена полости рта;

4) рациональное протезирование;

5) устранение вредных привычек;

6) лечение основного заболевания и устранение причины;

7) аппликации с ферментами (трипсин, хи-мопсин, химотрипсин, лизоцим, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза) 1 раз в день на 15 мин.;

8) орошение губ аэрозолями: пантенол, олазол, гипозоль, ливиан, оксиклозол, пропасол, левовинизоль 3—4 раза в день; длительность аппликаций не менее 20—25 мин.; солкосерил — дентальная адгезивная паста.

II этап: электрокоагуляция гипертрофированных слюнных желез. Иссечение слюнных гипертрофированных желез хирургическим методом. Пограничные лучи Букки.

Общее лечение:

1) седативные средства и транквилизаторы;
2) пантотенат кальция (витамин) по 0,1 г 3 раза в день в течение 1 мес.;

3) витамин А в масле 3,44 % по 10 капель 3 раза в день в течение 1—2 мес.;

4) поливитамины с микроэлементами в течение 1—2 мес.;

5) сосудистые препараты (танакан, кавинтон), 1—2 мес.

Контактный аллергический хейлит

Контактный аллергический хейлит развивается в результате sensibilization красной каймы губ, реже — слизистой оболочки и кожи губ к химическим веществам (косметические средства, губная помада, зубная паста или эликсиры), к пластмассе зубных протезов. Абсолютное большинство больных аллергическим контактным хейлитом составляют женщины в возрасте от 20 до 60 лет. Это заболевание может иметь профессиональный характер. Контактный аллергический хейлит является классическим проявлением аллергической реакции замедленного типа.

Клиническая картина

Обычно процесс локализуется на красной кайме губ, иногда он незначительно распространяется на кожу губ. Реже встречается поражение слизистой оболочки полости рта. Возможно изолированное поражение слизистой оболочки губ. На месте контакта с аллергеном развивается довольно резко ограниченная эритема и небольшое шелушение. При длительном течении заболевания красная кайма губ становится сухой, на ней появляются поперечные мелкие бороздки и трещины. У ряда

больных заболевание протекает с выраженной острой воспалительной реакцией, на фоне которой могут появляться мелкие пузырьки, быстро вскрывающиеся и образующие ограниченные мокнущие участки. Больные жалуются на зуд и жжение губ.

Дифференциальная диагностика

Аллергический контактный хейлит дифференцируют с сухой формой эксфолиативного хейлита, с сухой формой актинического хейлита, с атопическим хейлитом.

Лечение

Общее лечение:

1) устранение причины, вызвавшей заболевание;

2) десенсибилизирующая терапия — фенкарол, супрастин, пипольфен, димедрол по 1 таблетке 2 раза в день в течение 1,5—3 недель, в зависимости от тяжести заболевания;

3) поливитамины с микроэлементами — супрадин, юникап-М и др.; пантотенат кальция (витамин) по 0,1 г 3 раза в день, в течение 2—3-х недель;

4) сосудистые препараты (танакан, кавинтон, стугерон) в течение 1—1,5 мес;

5) препараты кальция в течение 1 мес;

6) 10-процентный раствор хлористого кальция по 10 мл внутривенно ежедневно, на курс 10 инъекций;

7) гистаглобулин по 2 мл 2 раза в неделю подкожно или внутримышечно, на курс 6—8 инъекций;

8) седативные средства и транквилизаторы в течение 1—2-х мес.;

9) тиосульфат натрия (30-процентный раствор) по 10 мл внутривенно ежедневно, на курс 10—20 инъекций;

10) в тяжелых случаях назначаются кортикостероидные препараты: по 10—20 мг в сутки в течение 2—4 недель преднизолон и по 1,5—3 мг дексаметазона в течение 2—4 недель.

Местное лечение:

1) аппликации кортикостероидных мазей (преднизолон, преднизон, гидрокортизон, кортизон, фторокорт, флуцинар, локакортен, синалар, дермозолон) 6—8 раз в день по 20 мин. на слизистую оболочку и кожу вокруг губ;

2) 5-процентная синтомициновая эмульсия в виде аппликаций 3—4 раза в день;

- 3) аппликации с солкосерилом — дентальной адгезивной пастой 3—4 раза в день;
- 4) лучи Букки.

Метеорологический хейлит

Метеорологический хейлит представляет собой воспалительное заболевание губ, причиной развития которого являются разнообразные метеорологические факторы: влажность, пыль, ветер, холод, солнечная радиация, кислотные дожди, а также высокие и низкие температуры, запыленность помещения и др. Заболевание чаще встречается у мужчин.

В развитии заболевания большую роль играют длительность пребывания больных в данных условиях, конституциональные особенности кожи и слизистой.

Клиническая картина

При метеорологическом хейлите поражается красная кайма губы, обычно нижней, на всем ее протяжении. Губа становится сухой, часто покрывается мелкими чешуйками, больных беспокоит сухость или чувство «стягивания» губы, при этом многие больные облизывают губы, что приводит к увеличению сухости, шелушению, а затем и инфильтрации красной каймы. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены.

Дифференциальная диагностика

Метеорологический хейлит необходимо дифференцировать с аллергическим контактным хейлитом, с сухой формой актинического хейлита, с атопическим и сухой формой эксфолиативного хейлита.

Лечение

При лечении метеорологического хейлита необходимо устранить или ослабить действие неблагоприятного метеорологического фактора (холод, повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, солнечная радиация).

Медикаментозное лечение метеорологического хейлита

Общее лечение

Проводят гипосенсибилизирующую терапию антигистаминными препаратами. Назначают антигистаминные препараты: супрастин по 1 таблетке (25 мг) 2—3 раза в день, фенкарол по 1 таблетке (5 мг) 2—3 раза в день, кларитин по 1 таблетке (5 мг) 2—3 раза в день,

клемастин по 1 таблетке (2 мг) 2—3 раза в день, препараты кальция («Кальций-Сандос форте») в течение 7—10 дней. Для нормализации витаминного и микроэлементного баланса в организме проводят витаминотерапию. Назначают витаминно-минеральные комплексы (Компливит, Центрум, Витрум, Алфавит и другие) по 1 таблетке 1 раз в день после еды в течение 1—2-х месяцев. Витаминотерапия улучшает состояние эпителия, способствует заживлению мелких трещин, эрозий. Для устранения астено-невротического состояния и депрессивных реакций назначают седативные средства (корень валерианы, трава пустырника) по 20 капель 3 раза в день. С целью коррекции психоэмоциональной сферы применяют нейролептики: соннапакс по 10 мг 2—3 раза в день; терален по 5 мг 2 раза в день; эглонил по 1/2 таблетки (100 мг) 2—3 раза в день. Курс лечения 1—2 месяца.

Местное лечение.

Медикаментозное местное лечение направлено на устранение сухости губ, чешуек, трещин и восстановление эластичности губ. Применяют протеолитические ферменты, антисептические средства. При выраженных воспалительных явлениях назначают в течение 7—10 дней кортикостероидные мази. Для защиты красной каймы губ от метеорологических воздействий рекомендуют пациентам регулярно применять гигиеническую помаду, жирные кремы «Радевит», «Цералип», «Ирикар». При выполнении производственных или садовых трудовых работ в условиях открытого воздушного пространства с целью защиты красной каймы губ от инсоляции пациентам с патологией губ предлагают применять фотозащитные кремы и мази из серии «Антигелиос».

Актинический хейлит

Актинический хейлит представляет собой хроническое заболевание, которое обусловлено повышенной чувствительностью красной каймы губ к солнечному свету. Актинический хейлит чаще встречается у мужчин в возрасте 20—60 лет.

Различают экссудативную и сухую формы актинического хейлита. Основной причиной возникновения актинического хейлита является развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам.

Элемент поражения:

- при сухой форме — чешуйка;
- эритема, везикулы, эрозии, корка.

Клиническая картина сухой формы актинического хейлита характеризуется тем, что в весеннее время года красная кайма нижней губы становится ярко-красной, покрывается мелкими сухими серебристо-белыми чешуйками. Поражение захватывает всю поверхность красной каймы, верхняя губа и кожа лица поражаются редко. У некоторых пациентов местами на красной кайме образуются участки ороговения, а иногда — веррукозные разрастания.

При экссудативной форме актинического хейлита на отечной и гиперемированной красной кайме нижней губы возникают участки ярко-красной эритемы, появляются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются корки. Больные жалуются при этой форме хейлита на жжение, зуд губ, реже — болезненность.

Диагностика актинического хейлита основана на клинической картине и типичном анамнезе. Начало заболевания связано с инсоляцией и повышенной чувствительностью кожи к солнечным лучам.

Дифференциальная диагностика

Актинический хейлит следует дифференцировать от атопического хейлита, при котором поражение локализуется не только на красной кайме, но и на коже губ и особенно в углах рта, а в анамнезе отсутствует связь с инсоляцией.

Актинический хейлит может служить фоном для развития облигатных форм предрака.

Лечение актинического хейлита включает, прежде всего, мероприятия, направленные на прекращение неблагоприятного воздействия солнечной инсоляции. При медикаментозном лечении актинического хейлита сохраняются принципы общей и местной терапии хронических воспалительных заболеваний губ (см. метеорологический хейлит).

Симптоматические хейлиты

Атопический хейлит — один из симптомов атопического дерматита или диффузного нейродермита. Атопический хейлит чаще встречается у детей 7—17 лет. В развитии заболевания большая роль отводится генетическим

факторам, которые создают предрасположенность к атопической аллергии. При АХ поражается красная кайма губ и непременно кожа, причем наиболее интенсивно процесс проявляется в области углов рта. Процесс никогда не переходит на слизистую оболочку. Больные предъявляют жалобы на зуд, болезненность, стянутость красной каймы губ, углов рта, окружающей кожи, эстетический недостаток. АХ протекает длительно, обострения заболевания бывают в основном в осенне-зимний период. К окончанию полового созревания (19—20 лет) у большинства больных наступает самоизлечение. Типичны высыпания на коже щек, локтевых сгибов, подколенных впадинах, реже на коже туловища. Прогноз благоприятный.

Дифференциальная диагностика

Атопический хейлит дифференцируют с эксфолиативным, актиническим, эзематозным и аллергическим контактными хейлитами.

Лечение

1. Исключение выявленных аллергенов (чаще пищевых). Рекомендовать гипоаллергенную диету: исключить острую, соленую, пряную пищу, цитрусовые, шоколад, алкоголь, ограничить углеводы.
2. С целью уменьшения зуда губ и кожи проводят неспецифическую десенсибилизирующую терапию, назначают антигистаминные препараты: тавегил, супрастин, фенкарол, кларитин, кестин, цетрин, телфаст и др.
3. Хорошо назначать гистаглобулин, который назначается курсами по 6—8 инъекций в/к 2 раза в неделю в возрастающей дозе, начиная с 0,2 мл до 1 мл, седативные препараты (триоксазин, седуксен, меллерал). При упорном течении — кортикостероиды внутрь и местно. Хорошее действие оказывают лучи Букки. Из пищевого рациона следует исключить острую, соленую, пряную пищу, алкоголь, курение.
4. Витаминные комплексы: Центрум, Витрум, Комплевит, Алветил.

Местное лечение

1. Глюкокортикостероидные мази: лоринден С, флуцинар-мазь, 1-процентная гидрокортизоновая, адвантан, элоком, апулен — 3—4 раза в день 7—10 дней.

2. Гомеопатические средства (используются у детей и подростков вместо стероидных мазей) — мазь Траумель-С 3 раза в день.
3. Для устранения корок и чешуек применяют протеолитические ферменты и антисептики.

Экзематозный хейлит

Характеризуется сплошным поражением красной каймы, обязательно переходящим на кожу, и является проявлением общего заболевания.

Элементы поражения — пятно, узелки, пузырьки, чешуйки, корки.

Клиническая картина заболевания

Характеризуется полиморфизмом. Процесс сопровождается значительным отеком и покраснением губ. Если в дальнейшем процесс не прогрессирует, то вскоре на красной кайме образуются чешуйки и начинается шелушение. В других случаях на гиперемизированной красной кайме образуются мелкие узелки, пузырьки, большая часть которых вскрывается и возникает мокнутие, сопровождающееся образованием массивных корок. При удалении корок, образующихся при мокнущей форме экземы, под ними оказывается влажная поверхность с характерными для экземы серозными колодцами.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику следует проводить с аллергическим контактным хейлитом, с экссудативной формой актинического хейлита.

Лечение

Патогенетическая терапия заключается в применении десенсибилизирующих и седативных препаратов, транквилизаторов, гистаглобулина по схеме, поливитамины, сосудистые препараты. В тяжелых случаях назначаются кортикостероидные препараты.

Местное лечение состоит в назначении мазей, содержащих кортикостероиды, а при мокнущей — аэрозолей с кортикостероидами и антибактериальными веществами (лоринден-С, дермозолон, оксикорт, флуцинар, олазол, гипозоль) 4—5 раз в день по 20 мин. Используются кератопластические препараты: сок алоэ, сок каланхоэ, каротолин, облепиховое масло, бальзам Шостаковского, эмульсия Тезана, витамины А и Е в масле, аекол, мазь

актовегин, солкосерил, дентальная адгезивная паста. Излучение гелиево-неонового лазера при плотности мощности 100 мВт/см² 5—10 дней ежедневно.

Плазмноклеточный хейлит

Причины развития данной патологии окончательно не выяснены. Однако многие исследователи указывают на возможную роль хронического раздражения губы, в том числе микротравм, действия солнечных лучей. У всех больных выявлена высокая иммунологическая реактивность.

Элемент поражения — эритема, эрозия, корка.

Клиническая картина

Поражение чаще локализуется на нижней губе в виде темно-красной эритемы, имеющей лакированную поверхность. Иногда на ней образуются эрозии и петехии. Иногда на красной кайме губы появляются массивные корки, свисающие с губы подобно фартуку, а под корками обнажается болезненная эрозия или опухолевидное образование мягкой консистенции. Больные предъявляют жалобы на боли в губе, косметический дефект. Гистологически плазмноклеточный хейлит характеризуется акантозом, спонгиозом, пара- и гиперкератозом эпителия. Дерма отечна и инфильтрирована плазмклетками.

Дифференциальная диагностика проводится с фиксированной лекарственной эритемой, эрозивно-язвенной формой красной волчанки красной каймы губ, изолированным поражением рта при многоформной экссудативной эритеме.

Окончательный диагноз основывается на гистологическом исследовании.

Плазмноклеточный хейлит протекает хронически, длительно, не склонен к ремиссии или самоизлечению. Возможно озлокачествление заболевания.

Лечение плазмноклеточного хейлита сводится к хирургическому иссечению участка поражения.

Макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя

Клиническая картина состоит из трех симптомов:

- 1) отек губ (макрохейлит);
- 2) паралич лицевого нерва;
- 3) складчатый язык.

Клинически отмечается отечность языка, появляются участки в виде полос и пятен, язык становится малоподвижным. Гистологически это заболевание характеризуется гранулематозным воспалением, которое сочетается с отечностью мимической мускулатуры. В эпителии определяют небольшой акантоз, в базальном слое — отек.

4. Отек губ. Возникает вздутие губы, край губы часто выворачивается в виде хоботка и обычно отстает от зубов. Иногда губы за счет отека увеличиваются в 3—4 раза. Утолщение губ неравномерное, одна сторона губы обычно более отечна, чем другая. Отек губ сопровождается образованием трещин. При сильном отеке может нарушаться речь, мимика, затруднен прием пищи. Отечные губы имеют бледно-розовый цвет, иногда с застойным цианотичным оттенком. При пальпации определяется равномерная мягкая или плотноэластическая консистенция тканей.
5. Паралич лицевого нерва. В начале болезни могут быть боли в лице по типу невралгии, затем может развиваться паралич лицевого нерва.
6. Складчатый язык. Клинически отмечается отечность языка, появляются участки в виде полос и пятен, язык становится малоподвижным. Гистологически это заболевание характеризуется гранулематозным воспалением, которое сочетается с отечностью мимической мускулатуры. В эпителии определяют небольшой акантоз, в базальном слое — отек.

Дифференциальная диагностика

Диагностика синдрома Мелькерссона-Розенталя при наличии у больных всех трех симптомов не представляет трудностей. При моносимптомной (макрохейлит) форме заболевания его следует дифференцировать от элфантиаза, возникающего при хроническом рожистом воспалении, отека Квинке и кавернозной гемангиомы.

У некоторых больных может отсутствовать складчатость языка и паралич лицевого

нерва. Единственным симптомом заболевания может быть только макрохейлит.

Лечение

Общее лечение синдрома Мелькерссона-Розенталя:

- кортикостероиды (преднизолон) по 20—30 мг в день;
- антибиотики широкого спектра действия (тетрациклин) по 800 000—1 000 000 ЕД в день;
- противомаларийные препараты (хингамин) по 0,25 г 2 раза в день;
- пирогенные препараты (пирогенал) по 50—100—500 МПД 2 раза в неделю, на курс 14—16 инъекций;
- десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты, препараты кальция) в течение 30—40 дней;
- иммунокоррекция;
- поливитамины;
- противовирусные средства.

Местное лечение СМР:

- электрофорез гепариновой мази в сочетании с чередованием раствора димексида — количество процедур, необходимое для клинического улучшения;
- лазеротерапия;
- санация полости рта и лечение ЛОР-органов.

Лимфоэдематозный макрохейлит

Лимфоэдематозный макрохейлит (Macrochelitislimfoedematosa) относится к группе заболеваний, связанных с нарушением лимфообращения, вызванным сенсibilизацией организма, главным образом — микрофлорой, находящейся в очагах хронической инфекции. Клинически проявляется безболезненным увеличением губ.

Течение хроническое с обострениями. После каждого обострения деформация губ увеличивается, развивается их гигантизм.

В зависимости от глубины поражения выделяют 3 стадии заболевания: раннюю, развитую и позднюю. При патогистологическом исследовании в ранней стадии наблюдают резко выраженный отек с разволокнением соединительной ткани, кистозное расширение лимфатических сосудов, в поздней — глубокие дистрофические

изменения тканей губы вследствие нарушения лимфообращения.

Дифференциальная диагностика. Проводят отмежевание от отека Квинке, грануломатозного макрохейлита Мишера, фиброзной формы glandулярного хейлита.

Лечение. На ранних стадиях — тепловые процедуры, парафинотерапия, специальные массажи, склерозирующая терапия; внутрь — йодистый калий. В развитой стадии хороший эффект дает хирургическое удаление пораженных тканей.

Гранулематозный хейлит Мишера (*Macrochelitis granulomatosa*) характеризуется макрохейлией — стойким воспалительным утолщением губ, чаще нижней. Заболевание описано в 1945 году Мишером.

Этиология не выяснена. Течение хроническое с обострениями. После нескольких рецидивов губы устойчиво увеличиваются, уплотняются. Часто утолщение губ сопровождается распространением процесса на щеку.

При патогистологическом исследовании в соединительной ткани определяют мелкие ограниченные гранулемы, образованные эпителиодными клетками и лимфоцитами, нередко встречаются гигантские клетки. Признаки некроза отсутствуют.

Лечение заключается в удалении пораженных тканей губы.

Хейлит при ихтиозе

Весьма частым клиническим признаком различных форм ихтиоза являются изменения красной каймы губ, заключающиеся в их диффузном шелушении. При этом красная кайма имеет нормальную или чуть ярче обычной окраску. Мелкие серые чешуйки, одним своим краем плотно прикрепленные к подлежащей ткани, располагаются по всей красной кайме, оставляя свободной зону Клейна. Иногда на этом фоне появляются болезненные трещины.

Лечение проводят витамином А, пиридоксином, аскорбиновой кислотой. На губы накладывают мази, содержащие 1 % салициловой кислоты.

Хроническая трещина нижней губы

Наблюдается у лиц обоего пола во всех возрастных группах. Среди причинных факторов в развитии хронической рецидивирующей трещины губы большое значение имеют: сухость губ; хроническая механическая травма острыми краями зубов, ортопедическими конструкциями; вредные привычки (курение, алкоголь, облизывание и покусывание губ); неблагоприятные метеорологические условия (влажность, ветер, инсоляция); индивидуальные анатомические особенности строения губ (глубокая складка в центре губы). Большую роль в возникновении хронической трещины губы играют гиповитаминозы А и группы В, заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринная патология. Большое значение придается микробной флоре, которая поддерживает существование трещин и препятствует их заживлению.

Элемент поражения — трещина.

Клиническая картина

Хроническая трещина представляет линейный дефект, располагающийся на красной кайме губы и сопровождающийся болезненностью. Трещина обычно находится в центральной части красной каймы губы, чаще — в нижней или сбоку от центра. Она может распространяться с красной каймы губы на слизистую оболочку, но никогда не переходит на кожу. Иногда трещина бывает покрыта коричневой коркой, вокруг нее отмечается воспалительная реакция. При длительном существовании трещины края ее уплотняются и могут ороговеть, приобретая серовато-белую окраску.

Лечение

Для лечения назначают:

Местное лечение

- антисептики;
- протеолитические ферменты;
- противомикробные и противовоспалительные средства;
- препараты, стимулирующие регенерацию тканей;
- физиотерапевтические процедуры — лазерная терапия;
- при неэффективности консервативной терапии — хирургическое лечение

(иссечение трещины в пределах здоровых тканей).

Общее лечение

Для коррекции психоэмоциональных расстройств назначают седативные средства: корень валерианы, траву пустырника, настойку пиона, персен.

Для нормализации витаминного и микроэлементного баланса в организме проводят витаминотерапию.

Экзематозный хейлит

Характеризуется сплошным поражением красной каймы, обязательно переходящим на кожу, и является проявлением общего заболевания.

Элементы поражения — пятно, узелки, пузырьки, чешуйки, корки.

Клиническая картина заболевания характеризуется полиморфизмом. Процесс сопровождается значительным отеком и покраснением губ. Если в дальнейшем процесс не прогрессирует, то вскоре на красной кайме образуются чешуйки и начинается шелушение. В других случаях на гиперемизированной красной кайме образуются мелкие узелки, пузырьки, большая часть которых вскрывается и возникает мокнутие, сопровождающееся образованием массивных корок. При удалении корок, образующихся при мокнущей

форме экземы, под ними оказывается влажная поверхность с характерными для экземы серозными колодцами.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику следует проводить с аллергическим контактным хейлитом, с экссудативной формой актинического хейлита.

Лечение

Патогенетическая терапия заключается в применении десенсибилизирующих и седативных препаратов, транквилизаторов, гистаглобулина по схеме, поливитамины, сосудистые препараты. В тяжелых случаях назначаются кортикостероидные препараты.

Местное лечение состоит в назначении мазей, содержащих кортикостероиды, а при мокнущей — аэрозолей с кортикостероидами и антибактериальными веществами (лоринден-С, дермозолон, оксикорт, флуцинар, олазол, гипозоль) 4—5 раз в день по 20 мин. Используются кератопластические препараты — сок алоэ, сок каланхоэ, каротолин, облепиховое масло, бальзам Шостаковского, эмульсия Тезана, витамины А и Е в масле, аекол, мазь актовегин, солкосерил — дентальная адгезивная паста. Излучение гелиево-неонового лазера при плотности мощности 100 мВт/см², 5—10 дней ежедневно.

А. На слизистой оболочке рта:

1. Облигатные формы (с высокой частотой озлокачествления); болезнь Боуэна.
2. Факультативные формы (с малой частотой озлокачествления):
 - лейкоплакия (веррукозная);
 - папилломатоз;
 - эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки, а также красный плоский лишай;
 - постлучевой стоматит.

Б. На красной кайме губ:

1. Облигатные формы:
 - бородавчатый предрак;
 - ограниченный гиперкератоз;
 - абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
2. Факультативные формы:
 - лейкоплакия;
 - кератоакантома;
 - кожный рог;
 - папиллома с ороговением;
 - эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки, а также красного плоского лишая;
 - постлучевой хейлит.

Процессы, которые предшествуют развитию опухоли, называются предопухолевыми, а по отношению к раку — предраковыми. Предраковые процессы отличаются от рака отсутствием одного или нескольких признаков, которые позволяют поставить диагноз рака.

Развитию рака способствуют, прежде всего, травмы, особенно хронические. Нередко раку предшествуют хронические воспалительные процессы, которые сопровождаются эрозиями и язвами, пролиферативные процессы, доброкачественные опухоли.

В зависимости от частоты перехода в рак различают облигатные и факультативные предраковые заболевания. Облигатные предраки без лечения обязательно через разные сроки приводят к развитию рака. Факультативные предраки не всегда приводят к раку.

К облигатным предракам относятся: болезнь Боуэна, бородавчатый предрак красной каймы губ, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.

К факультативным предракам относятся: лейкоплакия эрозивная и веррукозная, папилломатоз, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая и красной волчанки, хронические трещины губ, кожный рог (фиброкератома Унна), кератоакантома, пострентгеновский стоматит.

Ниже приведена клиника основных предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ, причем описание гиперкератотической и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая и красной волчанки, постлучевых поражений дано в соответствующих разделах данного пособия.

Болезнь Боуэна

Болезнь Боуэна (morben Bowen). Впервые описана американским дерматологом Дж. Боуэном в 1912 г. Потенциально наиболее злокачественна среди всех предраковых заболеваний и укладывается в понятие *cancer insitu*. Чаще всего поражаются мягкое небо, язычок, ретромолярная область, язык.

Клиническая картина

Очаг поражения чаще один, реже — два; представляет собой ограниченное застойно-красное пятно с гладкой или бархатистой поверхностью, с мелкими сосочковыми разрастаниями. Вследствие атрофии СО очаг слегка западает по сравнению с окружающими тканями. При локализации на языке в месте поражения сосочки языка исчезают. Заболевание протекает неопределенное время. В некоторых случаях быстро наступает инвазивный рост, в других — оно годами остается в стадии *cancer insitu*.

Диагностика

Диагноз подтверждается патогистологическим исследованием, которое выявляет картину внутриэпителиального рака: полиморфизм

клеток шиповатого слоя, увеличение числа митозов, неправильность их, гигантские и многоядерные клетки, акантоз, иногда гиперпаракератоз. Часто наблюдается кератинизация отдельных клеток шиповатого слоя, могут развиваться настоящие «роговые жемчужины». Базальная мембрана и базальный слой сохранены. В верхней части собственной пластинки выявляется инфильтрат из лимфоцитов и плазмочитов.

Лечение болезни Боуэна состоит в полном удалении очагов поражения в пределах здоровых тканей. Если это невозможно, применяют близкофокусную рентгенотерапию.

Папилломатоз

На слизистой оболочке рта нередко встречаются множественные папилломатозные разрастания. Они могут возникать в ответ на травму и хроническое воспаление, а могут являться истинными опухолями. Машкиллейсон А. Л. выделял следующие виды папилломатозов: 1) реактивные папилломатозы различной природы: а) воспалительная папиллярная гиперплазия слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков; б) травматический папилломатоз слизистой оболочки щек, губ и языка; в) ромбовидный папилломатоз языка; 2) папилломатозы неопластической природы.

Воспалительная папиллярная гиперплазия слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков возникает у больных при длительном ношении съемных протезов и клинически проявляется в виде очагового или диффузного поражения. Сосочковые разрастания при этом имеют различный вид.

Гистологически папиллома представляет собой разрастания пролиферирующего ороговевающего эпителия, располагающиеся на соединительнотканной ножке или на коротких отростках соединительной ткани. Соединительная ткань может быть плотной либо рыхлой, что определяет консистенцию папилломы. Реактивные папилломатозы характеризуются инфильтрацией стромы плазматическими клетками и лимфоцитами.

Лечение заключается в устранении травмирующего агента и хирургическим удалением образования.

Бородавчатый предрак

Бородавчатый предрак (praescancer verrucosus). Описал А. Л. Машкиллейсон в 1965 г. Возникает почти исключительно на красной кайме нижней губы. Имеет вид узла полушаровидной формы диаметром 4—10 мм, который возвышается на 4—5 мм. Сверху узел покрыт плотно сидящими серыми чешуйками.

Патогистологически обнаруживают резко выраженную ограниченную пролиферацию эпителия за счет расширения шиповатого слоя; гиперкератоз часто чередуется с паракератозом, наблюдаются дискомплексация и полиморфизм шиповатых клеток. Целостность базальной мембраны не нарушена. В соединительной ткани — круглоклеточная инфильтрация.

Дифференциальная диагностика

Следует отличать от папилломы, кератоакантомы, пиогенной гранулемы.

Лечение заключается в полном хирургическом удалении поражения в пределах здоровых тканей.

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ описан А. Л. Машкиллейсоном в 1965 г. Среди больных преобладают мужчины среднего возраста. Процесс локализуется на красной кайме нижней губы, сбоку от центра.

Клиническая картина заболевания

Заболевание представляет собой очаг ороговения полигональной формы размером 5—2 мм. Он не возвышается над эпителием, а иногда западает. Поверхность его покрыта тонкими, плотно прикрепленными чешуйками.

Патогистологическая картина характеризуется ограниченной пролиферацией эпителия, выраженным гиперкератозом, дискомплексацией и полиморфизмом шиповатых клеток. В соединительной ткани видна полиморфноклеточная инфильтрация.

Дифференциальная диагностика. Проводят дифференциацию от лейкоплакии и красного плоского лишая.

Лечение заключается в хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровых тканей.

Абразивный преанцерозный хейлит Манганотти

Описан в 1933 г. итальянским дерматологом Манганотти. Встречается преимущественно у мужчин в возрасте старше 50 лет. В возникновении хейлита Манганотти важное значение имеют возрастные трофические изменения тканей, особенно нижней губы. В связи с этим у некоторых людей в ответ на действие различных раздражителей, наблюдаются вялотекущие деструктивные процессы. В патогенезе заболевания следует учитывать нарушения обмена веществ, функции желудочно-кишечного тракта, гиповитаминоз А.

Клиническая картина заболевания

Характерно наличие на красной кайме губы одной, реже двух и более эрозий округлой, овальной или неправильной формы, располагающихся сбоку, ближе к середине красной каймы. Поверхность эрозии гладкая, ярко-красная. У некоторых больных она покрыта тонким слоем эпителия или на ней образуются корки. Уплотнение тканей в основе, вокруг эрозии, не наблюдается. Эрозии существуют длительное время, иногда эпителизируются, а потом снова появляются на том же или другом месте.

При патогистологическом исследовании обнаруживают дефект эпителия. По краям эрозии эпителий в состоянии пролиферации, иногда с обособлением эпителиальных островков. В зоне пролиферации в нижних рядах шиповатого и базального слоев — явления дисконфлексии клеток. В подлежащей соединительной ткани — массивная воспалительная инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками.

Дифференциальная диагностика

Хейлит Манганотти дифференцируют от эрозивной формы красной волчанки, красного плоского лишая и лейкоплакии, пузырчатки, многоформной экссудативной эритемы и герпетической эрозии, первичной сифиломы.

Лечение

Необходимо, прежде всего, устранение местных раздражающих факторов, а также выявление и лечение сопутствующих заболеваний других органов и систем. Если при цитологическом исследовании признаки малигнизации хейлита Манганотти не выявлены,

то перед радикальным хирургическим вмешательством проводят общее и местное лечение. Эффективно употребление концентрата витамина А, никотиновой кислоты, неробола.

Местно назначают аппликации концентрата витамина А, метилурациловую, кортикостероидные мази, солкосерил. Если консервативное лечение в течение 1 месяца не приводит к эпителизации эрозии, показано хирургическое удаление очага поражения.

Кератоакантома

Кератоакантома — доброкачественная элидермальная опухоль, которая чаще всего локализуется на красной кайме нижней губы, реже — на языке.

Клиническая картина заболевания

Заболевание начинается с образования на губе или языке серо-красного узелка с кратероподобным углублением в центре, которое выполнено роговыми массами. На протяжении месяца опухоль достигает максимального размера (25 x 10 мм). Возможно разное развитие кератоакантомы. Чаще всего через 6—8 месяцев она сама по себе исчезает, а на ее месте образуется атрофический пигментированный рубец, или может трансформироваться в рак.

Патогистологически кератоакантома напоминает спиноцеллюлярный рак. Отмечается кратерообразное углубление, выстланное эпителием и выполненное роговыми массами, роговая чаша, которая является морфологическим признаком кератоакантомы. Эпителий в состоянии акантоза. Эпителиальные выросты глубоко проникают в подлежащую соединительную ткань. В базальном слое наблюдается дисконфлексия клеток. В соединительной ткани обнаруживают инфильтрат, образованный лимфоидными и плазматическими клетками.

Дифференциальная диагностика

В некоторых случаях дифференциальная диагностика между кератоакантомой и плоскоклеточным раком сложная: наличие патологических митозов в клетках, их полиморфизм и атипия, инфильтративный рост опухоли свидетельствуют о ее злокачественности. Дифференциальную диагностику кератоакантомы следует проводить также для отмежевания ее от бородавчатого предрака и рака.

Лечение кератоакантомы хирургическое — удаление в пределах здоровых тканей.

Кожный рог

Кожный рог — ограниченная гиперплазия эпителия с резко выраженным гиперкератозом, который по виду и плотности напоминает рог. Возникает на красной кайме губы, чаще нижней, у людей в возрасте старше 60 лет.

Клиника довольно типична. Поражение представляет собой четко ограниченный очаг диаметром до 10 мм, от которого отходит выступ конусоподобной формы высотой не более 10 мм, грязно- или коричнево-серого цвета.

Кожный рог может существовать годами, но в любое время может наступить малигнизация. О ней судят по появлению воспаления и уплотнения вокруг основы рога, усилению интенсивности ороговения.

Патогистологически наблюдается выраженный гиперкератоз. Роговые массы в виде конуса поднимаются над поверхностью эпителия. В эпителии под роговыми массами наблюдают акантоз. В подлежащей соединительной ткани отмечают диффузный инфильтрат из лимфоидных и плазматических клеток.

Лечение заключается в хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровых тканей.

Клинически различают три формы рака СОР:

- папиллярная;
- язвенная;
- инфильтративная.

Папиллярная форма возникает в виде экзофитного образования грибовидной формы, располагающегося на ножке или широком основании.

Язвенная форма рака возникает на фоне эрозивно-язвенных форм лейкоплакии и красного плоского лишая.

Инфильтративная форма рака

В начальной стадии образуется инфильтрат, локализующийся под слизистой оболочкой. Затем появляется язва на слизистой оболочке, которая быстро увеличивается в размерах. В этой стадии процесс носит язвенно-инфильтративный характер.

Рак красной каймы губ

Выделяют следующие формы: экзофитная, язвенная, язвенно-инфильтративная.

Дифференциальная диагностика

При локализации образования на губе дифференцируют с предраковыми процессами: бородавчатым предраком, хейлитом Манганотти, ограниченным гиперкератозом, кератоакантомой. При язвенной и язвенно-инфильтративной формах рака следует дифференцировать с туберкулезом, сифилисом.

Рак слизистой оболочки полости рта часто локализуется в зонах, ограниченно доступных осмотру: корень языка, задние отделы дна полости рта, нижне-боковой отдел задней трети языка.

На ранних стадиях инфильтративной формы рака видимые изменения слизистой оболочки

органов полости рта могут быть минимальными, а основным симптом заболевания — плотный малоблезненный инфильтрат — выявляется только при пальпации. Поэтому онкопрофилактическое обследование пациентов, помимо осмотра, должно включать в обязательном порядке пальпацию.

Понятие «онкологическая настороженность» — сумма конкретных знаний онкологии, позволяющая врачу провести раннюю и своевременную диагностику рака. В это понятие входит также знание предраковых заболеваний и их лечение. Лечение заболевания без уточненного диагноза не должно проводиться более 7 дней, и в случае затруднения в диагностике врач-стоматолог обязан направить больного на консультацию к более опытному специалисту. Для усиления ответственности специалистов за раннюю и своевременную диагностику новообразований авторами (В. Д. Вагнер, П. И. Ивасенко, 2002) предлагается использовать вкладыш в медицинской карте стоматологического больного, в котором два раза в год врач при осмотре делает запись об отсутствии или выявлении онкопатологии. Согласно положению по онкологической настороженности, разработанному Министерством здравоохранения Российской Федерации, все стоматологи при массовых осмотрах полости рта, а также при проведении санации рта у пациентов должны обращать внимание на незаживающие язвочки, трещины, ссадины, белые шероховатые пятна во рту и на губах и при безуспешности консервативного лечения в течение 7—10 дней направлять пациентов к онкологу.

Тесты для самопроверки

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты по разделу «Аллергические поражения СОПР».	
1	Какой элемент поражения определяется при отеке Квинке? а) пузырь; б) пузырек; в) волдырь; г) корка; д) чешуйка
2	Какую природу имеет отек Квинке? а) токсико-аллергическую; б) инфекционно-аллергическую; в) бактериальную; г) вирусную; д) трофическую
3	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику отека Квинке с локализацией на губах? а) с синдромом Мелькерсона-Розенталя; б) с синдромом Стивенса-Джонсона; в) с абразивным преанкерозным хейлитом Манганотти; г) с эксфолиативным хейлитом; д) с атопическим хейлитом
4	Какие препараты показаны для общего лечения отека Квинке? а) супрастин; б) стугерон; в) сумамед; г) салицилат натрия; д) септолете
5	Какой первичный элемент поражения определяется при фиксированном медикаментозном стоматите? а) папула; б) волдырь; в) пузырь подэпителиальный; г) пузырь внутриэпителиальный; д) бугорок
6	Какие препараты используют для лечения лекарственной аллергии? а) противовоспалительные, обезболивающие; б) иммунокорректоры; в) протеолитические ферменты, антисептики; г) противогрибковые; д) обезболивающие, антигистаминные, кератопластические
7	Какой элемент поражения определяется при катаральных проявлениях контактной аллергии?

	а) пятно; б) рубец; в) корка; г) пузырь; д) афта
8	Какие жалобы предъявляют пациенты с контактной аллергией в полости рта? а) зуд, жжение, сухость; б) зуд, жжение, слюнотечение; в) кровоточивость десен; г) онемение; д) запах изо рта
9	Какие дополнительные методы исследования крови проводят при аллергических поражениях слизистой оболочки? а) анализ крови на липидный спектр; б) определение уровня Т- и В-лимфоцитов; в) реакция бласттрансформации лимфоцитов; г) тест дегрануляции базофилов Шелли; д) осадочные реакции
10	Через какой период времени проявляется контактная аллергия? а) через 7—10 минут; б) через 7—10 часов; в) через 7—14 дней; г) через 7—14 недель; д) через 7—14 месяцев
11	С помощью какой пробы можно провести диагностику контактного (протезного) аллергического стоматита? а) пробы Шиллера-Писарева; б) пробы с элиминацией; в) пробы Кулаженко; г) пробы Пospelова; д) пробы Ясиновского
12	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику катарального аллергического стоматита? а) с атрофическим кандидозом; б) с гиперпластическим кандидозом; в) с красной волчанкой; г) с лейкоплакией; д) с многоформной экссудативной эритемой
13	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику катарального аллергического стоматита? а) с гиповитаминозом В ₆ , В ₁₂ , С; б) с гиповитаминозом В ₁ , В ₂ ; в) с гиповитаминозом А, Е; г) с гиповитаминозом А, С; д) с гиповитаминозом Д

14	<p>С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику язвенно-некротического аллергического стоматита?</p> <p>а) с туберкулезом; б) с язвенными поражениями при лейкозе; в) с хроническим гиперпластическим кандидозом; г) с вторичным сифилисом; д) с красным плоским лишаем</p>
15	<p>С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику язвенно-некротического аллергического стоматита?</p> <p>а) с лейкоплакией, эрозивно-язвенной травмой; б) с красным плоским лишаем, эрозивно-язвенной формой; в) с язвенно-некротическим стоматитом Венсана; г) с красной волчанкой, эрозивно-язвенной травмой; д) с хроническим атрофическим кандидозом</p>
16	<p>Какие препараты используют для лечения язвенно-некротического аллергического стоматита?</p> <p>а) гипосенсибилизирующие, дезинтоксикационные средства, кортикостероиды; б) гипосенсибилизирующие, дезинтоксикационные средства, цитостатики; в) гипосенсибилизирующие, дезинтоксикационные, противовоспалительные средства; г) гипосенсибилизирующие, дезинтоксикационные, антибактериальные препараты; д) противовоспалительные, антибактериальные и гипосенсибилизирующие препараты</p>
17	<p>Какие препараты используют для общего лечения язвенно-некротического аллергического стоматита?</p> <p>а) тиосульфата натрия, супрастин, преднизолон; б) унитиол, димедрол, метатренат; в) сульфат магния, димедрол, гидрокортизон; г) тиосульфат натрия, супрастин, салицилат натрия; д) димедрол, салицилат натрия, линкомицин</p>
18	<p>Какие препараты используют для местного лечения язвенно-некротических поражений при аллергическом стоматите?</p> <p>а) обезболивание, антисептики, протеолитические ферменты; б) обезболивание, антисептики, антимикробные препараты; в) антисептики, удаление некротических масс, обезболивание, эпителизирующие средства; г) обезболивание, антисептики, кортикостероиды; д) обезболивание, антимикробные препараты, протеолитические ферменты</p>
19	<p>Какие препараты используют для местного лечения язвенно-некротических поражений при аллергическом стоматите?</p> <p>а) лидокаин, хлоргексидин, трипсин; б) лидокаин, хлоргексидин, метронидазол; в) хлоргексидин, лидокаин, масло шиповника; г) лидокаин, хлоргексидин, гидрокортизон; д) лидокаин, метронидазол, трипсин</p>

20	<p>Что относится к вторичным эндоаллергенам?</p> <p>а) попадают в организм с пищей; б) образуются в организме при нарушении обменных процессов; в) при приеме лекарственного препарата попадают в организм; г) попадают в организм с цветочной пыльцой; д) попадают в организм с препаратами бытовой химии</p>
----	---

Таблица правильных ответов

1 — с	11 — б
2 — б	12 — а
3 — а	13 — а
4 — а	14 — б
5 — с	15 — с
6 — е	16 — а
7 — а	17 — а
8 — а	18 — с
9 — с, д	19 — с
10 — с	20 — б

Тесты по разделу «Вирусные заболевания СОПР»	
1	<p>Какой возбудитель вызывает хронический рецидивирующий герпес?</p> <p>а) актиномицеты; б) палочка Леффлера; в) дрожжеподобные грибы; г) вирус простого герпеса; д) фузоспирохета Венсана</p>
2	<p>Для уточнения диагноза «хронический рецидивирующий герпес» какой дополнительный метод исследования следует провести?</p> <p>а) гистологический; б) кожно-аллергические пробы; в) сиалографию; г) реографию; д) цитологический</p>
3	<p>Какие клетки обнаруживаются в мазках-отпечатках при хроническом рецидивирующем герпесе?</p> <p>а) полиморфно-ядерные нейтрофилы; б) лимфоциты; в) гигантские многоядерные клетки; г) акантолитические клетки; д) клетки Пирогова-Лангханса</p>
4	<p>Какой возбудитель вызывает опоясывающий лишай?</p> <p>а) стафилококки; б) почкующиеся дрожжеподобные грибы; в) вирус простого герпеса; г) вирус Варицелла зостер; д) фузобактерии</p>

5	<p>Какой первичный элемент поражения характерен для опоясывающего лишая?</p> <p>а) афта; б) корка; в) папула; г) эрозия; д) пузырек</p>
6	<p>Какие факторы predisposing к возникновению опоясывающего лишая?</p> <p>а) дисбактериоз; б) алиментарный занос возбудителя; в) воздушно-капельное инфицирование; г) контакт с больным ветряной оспой; д) активизация условно-патогенной микрофлоры</p>
7	<p>С какими заболеваниями СОПР необходимо дифференцировать хронический рецидивирующий герпес?</p> <p>а) с вторичным сифилисом; б) с верукозной лейкоплакией; в) с экзематозным хейлитом; г) со стоматитом Венсана; д) с многоформной экссудативной эритемой</p>
8	<p>На что направлены лечебные мероприятия при опоясывающем лишае?</p> <p>а) блокаду вируса в нервных ганглиях; б) санацию полости рта; в) на обезболивание; г) воздействие на анаэробную микрофлору; д) установление очагов хронической инфекции</p>
9	<p>Какие препараты применяют для местного лечения опоясывающего лишая?</p> <p>а) 1-процентную бонафтоновую мазь; б) инъекции витамина РР под очаги поражения; в) левориновую мазь; г) взвесь анестезина в персиковом масле+; д) блокаду 0,5-процентного раствора новокаина с витамином</p>
10	<p>Какие препараты необходимо рекомендовать пациенту с целью удлинения периода ремиссии при хроническом рецидивирующем герпесе?</p> <p>а) средства, стимулирующие выработку эндогенного интерферона; б) десенсибилизирующие средства; в) стимуляцию слюноотделения; г) седативное воздействие на ЦНС; д) блокада Н-холинорецепторов</p>
11	<p>Как называется заболевание, проявляющееся острой невралгической болью в правой стороне лица с иррадиацией в ухо; эрозиями, пузырьками, располагающимися в виде цепочки, на коже и слизистой оболочке щеки справа на гиперемизированном фоне?</p> <p>а) многоформная экссудативная эритема; б) красный плоский лишай; в) хронический рецидивирующий герпес; г) опоясывающий лишай; д) аллергический стоматит</p>

12	<p>Какой вторичный элемент поражения характерен для хронического рецидивирующего герпеса?</p> <p>а) пузырек; б) корка; в) эрозия; г) чешуйка; д) язва</p>
13	<p>Какой патологический процесс имеет место при опоясывающем лишае?</p> <p>а) акантоз; б) акантолиз; в) паракетатоз; г) баллонизирующая дегенерация; д) папилломатоз</p>
14	<p>С какими заболеваниями СОПР необходимо дифференцировать опоясывающий лишай?</p> <p>а) с невралгией тройничного нерва+; б) с макрохейлитом (синдром Мелькерсона-Розенталя); в) с острым псевдомембранозным кандидозом; г) с синдромом Стивенса-Джонсона; д) с ящуром</p>
15	<p>Какие средства следует применять для ускорения эпителизации при хроническом рецидивирующем герпесе?</p> <p>а) гидрокортизоновую мазь; б) бутадионовую мазь; в) бонафтоновую мазь; г) мазь солкосерил; д) нистатиновую мазь</p>
16	<p>Какой препарат используется с целью неспецифической десенсибилизации при хроническом рецидивирующем герпесе?</p> <p>а) лейкоцитарный интерферон; б) кислота аскорбиновая; в) культуральная инактивированная вакцина; г) гистоглобулин; д) диазепам 0,005 по 1 таблетке перед сном</p>
17	<p>Какие возможны осложнения опоясывающего лишая?</p> <p>а) неврит лицевого нерва; б) трофические расстройства пораженной области; в) дисбиоз; г) синдром Стивенса-Джонсона; д) гиперестезии пораженной области</p>
18	<p>Какие препараты назначают внутрь при лечении простого герпеса?</p> <p>а) мазь солкосерил; б) ацикловир в таблетках; в) аспирин в таблетках; г) преднизолоновая мазь; д) бонафтоновая мазь</p>
19	<p>Какие препараты принимают для общего лечения простого герпеса?</p> <p>а) ферментные; б) гормональные; в) антигистаминные; г) противовирусные; д) противогрибковые</p>

20	Что включает в себя профилактика вирусных заболеваний? а) диспансерное наблюдение; б) повышение защитных сил организма; в) соблюдение диеты; г) исключение влияния инсоляции; д) устранение вредной привычки (курение)
-----------	--

Таблица правильных ответов

1 — d	11 — d
2 — e	12 — c
3 — c	13 — d
4 — d	14 — a
5 — e	15 — d
6 — a	16 — d
7 — a	17 — e
8 — a, c	18 — b
9 — a, d, e	19 — d
10 — a	20 — b

Тесты по разделу «Герпетиформный дерматит Дюринга»	
1	Какой первичный элемент поражения образуется при герпетиформном дерматите Дюринга на слизистой оболочке полости рта? а) пузырек; б) пузырь внутриэпителиальный; в) волдырь; г) гнойничок; д) пузырь подэпителиальный
2	Какие диагностические клетки выявляются при герпетиформном дерматите Дюринга? а) акантолитические; б) атипичные; в) эозинофилы; г) гигантские многоядерные; д) тучные
3	Какие изменения в клиническом анализе крови характерны для герпетиформного дерматита Дюринга? а) ускорение СОЭ; б) лейкоцитоз; в) снижение количества эритроцитов; г) повышение количества эритроцитов; д) повышение количества эозинофилов
4	На каком фоне слизистой оболочки полости рта располагаются элементы поражения при герпетиформном дерматите Дюринга? а) на фоне бледной слизистой оболочки полости рта; б) на фоне яркой разлитой гиперемии; в) на фоне слегка гиперемированной и отечной слизистой оболочки полости рта; г) на фоне ажурного рисунка, образованного перламутровыми папулами;

	е) на фоне неизменной слизистой оболочки полости рта
5	Какие структуры организма поражаются при герпетиформном дерматите Дюринга? а) слизистая оболочка полости рта и кожа; б) слизистая оболочка полости рта, слизистая оболочка глаз и половых органов; в) слизистая оболочка полости рта, слизистая оболочка желудка, слизистая оболочка кишечника; г) только кожа; д) только слизистая оболочка полости рта
6	Образование каких иммунных комплексов характерно для герпетиформного дерматита Дюринга? а) отложение IgA в области базальной мембраны; б) отложение IgG в области шиповатого слоя эпителия; в) отложение IgG в области базальной мембраны; г) повышение уровня IgE в периферической крови; д) повышение уровня IgG в периферической крови
7	Какой патофизиологический процесс лежит в основе герпетиформного дерматита Дюринга? а) воспаление; б) инфекционно-аллергический; в) токсико-аллергический; г) аутоиммунный; д) дистрофия
8	Какая сопутствующая патология часто выявляется у больных герпетиформным дерматитом Дюринга? а) глютен-чувствительная энтеропатия; б) опухолевые заболевания; в) сердечно-сосудистая патология; г) сахарный диабет; д) частое рецидивирование герпес-вирусной инфекции
9	Какие проявления на коже характерны для герпетиформного дерматита Дюринга? а) монотипные одиночные элементы поражения; б) полиморфные группирующиеся зудящие элементы поражения; в) полиморфные высыпания типа кокард; г) односторонние пузырьковые высыпания, располагающиеся вдоль нервных стволов; д) множественное расположение эрозий, пузырей с тонкой покрывкой на неизменном фоне кожи
10	К каким веществам характерно наличие повышенной чувствительности при герпетиформном дерматите Дюринга? а) к продуктам из пшеницы, риса, овса, ячменя, проса, богатых глютеном; б) морепродукты, йодсодержащие лекарственные препараты;

c) цитрусовые; d) консерванты; e) кофе, шоколад

Таблица правильных ответов

1 — a, e	2 — c	3 — d	4 — c	5 — a
6 — a	7 — d	8 — a	9 — b	10 — a, b

Тесты по разделу «Глоссалгия»	
1	К каким заболеваниям относится глоссалгия? a) инфекционным; b) аллергическим; c) психогенным; d) наследственным; e) аутоиммунным
2	Для какого заболевания характерна боль в языке, проходящая во время приема пищи? a) глоссалгии; b) невралгии тройничного нерва; c) катарального глоссита; d) десквамативного глоссита; e) ромбовидного глоссита
3	При каком заболевании возникает жжение, покалывание, чувство ошпаренности в языке, исчезающие при еде? a) глоссалгии; b) ВИЧ-инфекции; c) сифилисе; d) кандидозе; e) лейкоплакии
4	Какие жалобы предъявляет больной при глоссалгии? a) жжение в языке; b) боль при приеме раздражающей пищи; c) извращение вкуса; d) сухость в полости рта; e) чувство ошпаренности в языке, исчезающие при приеме пищи; f) боль в языке при движениях
5	Почему во время еды жжение исчезает? a) расширение сосудов под влиянием теплой пищи; b) влияние положительных эмоций; c) подавление болевой доминанты более сильной пищевой доминантой; d) усиливается саливация; e) выделяются пищеварительные ферменты
6	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику глоссалгии? a) красным плоским лишаем;

	b) невритом тройничного нерва; c) катаральным глосситом; d) ромбовидным глосситом; e) десквамативным глосситом
7	Какие дополнительные исследования проводят при глоссалгии? a) исследование чувствительности языка; b) общий анализ крови; c) исследование скорости секреции слюны; d) витальное окрашивание; e) бактериоскопия
8	При объективном обследовании больного глоссалгией выявляют? a) регионарный лимфаденит; b) никаких изменений; c) сухость слизистой оболочки полости рта; d) участки повышенной десквамации; e) незначительную атрофию сосочков языка
9	Какие препараты назначают для лечения глоссалгии? a) тазепам, витамины группы В; b) интерферон; c) верошпирон; d) салицилат натрия; e) тиосульфат натрия
10	Какие виды лечения глоссалгии применяют? a) УФЧ-терапию; b) гирудотерапию; c) антимикробную терапию; d) алкоголизацию язычного нерва; e) ротовые ванночки с анестетиками
11	Вследствие чего появляется сухость в полости рта при глоссалгии? a) органического поражения слюнных желез; b) патологии вегетативной нервной системы; c) слюнно-каменной болезни слюнных желез; d) поражение поверхностного слоя эпителия; e) изменение собственной пластинки слизистой оболочки полости рта
12	Какие факторы способствуют развитию глоссалгии? a) курение; b) иммунодефицит; c) психическая травма; d) прием антибиотиков; e) прием кортикостероидов
13	Какие местные факторы способствуют развитию глоссалгии? a) скученность зубов; b) неудовлетворительное состояние слизистой оболочки полости рта; c) снижение высоты нижнего отдела лица; d) травматичное удаление зубов; e) травма языка острыми краями зубов
14	К чему приводит снижение высоты нижнего отдела лица? a) к прикусыванию языка; b) к ущемлению Chordatympani;

	<ul style="list-style-type: none"> c) к ущемлению языкоглоточного нерва; d) к изменению прикуса; e) к прикусыванию щеки
15	Связаны ли между собой жжение в языке и снижение высоты нижнего отдела лица? <ul style="list-style-type: none"> a) не связаны; b) связаны
16	Консультация каких специалистов требуется пациенту с глоссалгией? <ul style="list-style-type: none"> a) оториноларинголога; b) хирурга; c) невролога; d) офтальмолога; e) стоматолога-ортопеда
17	В каких возрастных группах чаще всего встречается глоссалгия? <ul style="list-style-type: none"> a) подростки; b) мужчины 50—60 лет; c) женщины 50—60 лет; d) во всех возрастных группах; e) дети
18	Что применяют для обезболивания? <ul style="list-style-type: none"> a) 1—2-процентный раствор лидокаина; b) 1-процентный раствор тримекаина; c) 1-процентный раствор димедрола; d) 5-процентную метилурациловую мазь; e) метрогил-дента
19	Чем проводят стимуляцию слюноотделения? <ul style="list-style-type: none"> a) 3-процентным раствором иодида калаия; b) 6-процентным раствором витамина ; c) 1-процентным раствором пилокарпина; d) 1-процентным раствором димедрола; e) салицилатом натрия
20	Какие антидепрессанты назначают пациентам с глоссалгией при диагностированной депрессии? <ul style="list-style-type: none"> a) прозак; b) супрастин; c) сертралин; d) верапамил; e) феназепам

Таблица правильных ответов

1 — c	11 — b
2 — a	12 — c
3 — a	13 — c, d
4 — a, c, e	14 — b
5 — c	15 — b
6 — b, e	16 — c, e
7 — a	17 — c
8 — b	18 — a, b
9 — a	19 — a, c
10 — b	20 — a, c

Тесты по разделу «Заболевания языка»	
1	Какие виды сосочков языка вы знаете? <ul style="list-style-type: none"> a) нитевидные, грибовидные, желобоватые, грушевидные; b) нитевидные, листовидные, желобоватые; c) листовидные, грибовидные; d) нитевидные, листовидные, грибовидные, желобоватые; e) желобоватые
2	Какие сосочки языка в норме ороговевают? <ul style="list-style-type: none"> a) нитевидные; b) листовидные; c) грибовидные; d) желобоватые; e) грушевидные
3	Что имеет значение в развитии черного волосатого языка? <ul style="list-style-type: none"> a) употребление горячей пищи; b) курение; c) неудовлетворительная гигиена полости рта; d) стресс; e) кофе
4	Какие процессы нарушаются при десквамативном глоссите? <ul style="list-style-type: none"> a) десквамации; b) ороговения; c) кровоснабжения; d) иммунного статуса; e) пищеварения
5	С чем проводят дифференциальную диагностику десквамативного глоссита? <ul style="list-style-type: none"> a) с ромбовидным глосситом; b) с вторичным сифилисом; c) с ХРАС; d) с МЭЭ; e) с туберкулезом
6	Что включает в себя синдром Мелькерссона-Розенталя? <ul style="list-style-type: none"> a) складчатый язык и десквамативный глоссит; b) складчатый язык и макрохейлит; c) складчатый язык и макроглоссит; d) складчатый язык и эксфолиативный хейлит; e) макроглоссит и макрохейлит
7	На что жалуются больные при складчатом языке? <ul style="list-style-type: none"> a) самопроизвольные боли; b) боли при приеме пищи; c) необычный вид языка; d) жжение во время приема пищи; e) сухость во рту
8	Что характерно для гюнтеровского глоссита? <ul style="list-style-type: none"> a) появление участков ороговения на слизистой языка; b) атрофия нитевидных сосочков языка; c) ярко-красный, болезненный язык; d) гипертрофия нитевидных сосочков языка; e) не отличается от остальных форм

9	Результатом чего является ромбовидный глоссит? а) сердечно-сосудистой патологии; б) эндокринной патологии; в) нарушения эмбриогенеза; г) употребления острой пищи; д) приема антибиотиков
10	Чем осложняется ромбовидный глоссит? а) появлением пузырей; б) изъязвлением; в) папилломатозными разрастаниями; г) ороговением; д) не осложняется
11	Какие бывают формы ромбовидного глоссита? а) бугорковая; б) гипертрофический; в) папилломатозная; г) складчатая; д) фиброзная
12	В чем заключается местное лечение десквамативного глоссита? а) обработка 30 % раствором нитрата серебра; б) полоскание 1 % раствором цитраля; в) обработка раствором резорцина; г) смазывание тетрациклиновой мазью; д) обработка фурацилином
13	Каким общесоматическим заболеванием сопровождается гюнтеровский глоссит? а) сосудистой патологией; б) сахарным диабетом; в) дерматозами; г) лейкозами; д) -дефицитной анемией
14	В чем заключается лечение черного волосатого языка? а) антибиотикотерапия; б) избавление от вредных привычек; в) не требует; г) механическое удаление гипертрофированных сосочков; д) гипосенсибилизирующая терапия
15	Какой термин часто используют как синоним десквамативного глоссита? а) ромбовидный; б) «географический»; в) ворсинчатый; г) гюнтеровский; д) черный
16	Какие лечебные мероприятия проводят при складчатом языке? а) улучшение эпителизации; б) санация полости рта; в) повышение саливации; г) коррекция гигиены; д) снижение саливации

17	С чем проводят дифференциальную диагностику черного волосатого языка? а) с ромбовидным глосситом; б) с глоссалгией; в) с налетом от пищевых красителей; г) с десквамативным глосситом; д) с острым герпетическим стоматитом
18	Как лечить папилломатозные разрастания и ороговение в зоне ромбовидного глоссита? а) блокадами язычного нерва; б) криодеструкциями; в) аппликациями оксолиновой мази; г) приемом антибиотиков; д) аппликациями кератопластических средств
19	Что такое гюнтеровский глоссит? а) складчатый язык; б) черный волосатый язык; в) ярко-красной, болезненный, «полированный» язык; г) десквамативный глоссит; д) ромбовидный глоссит
20	Что такое складчатый язык? а) результат хронической травмы зубами; б) врожденная аномалия развития; в) осложнение сердечно-сосудистой патологии; г) следствие приема острой пищи; д) следствие гормональных нарушений

Таблица правильных ответов

1 — d	11 — a, c
2 — a	12 — b
3 — b	13 — e
4 — a, b	14 — b, d
5 — b	15 — b
6 — b	16 — b, d
7 — c	17 — c
8 — b, c	18 — b
9 — c	19 — c
10 — c, d	20 — b

Тесты по разделу «Кандидоз СОПР»	
1	<p>С какими заболеваниями дифференцируют острый псевдомембранозный кандидоз?</p> <p>а) с острым герпетическим стоматитом; б) с невралгией язычного нерва; в) с лейкоплакией; г) с красным плоским лишаем; д) с многоформной экссудативной эритемой</p>
2	<p>Чем обусловлена сухость в полости рта при кандидозе?</p> <p>а) патологией вегетативной нервной системы; б) поражением околоушной слюнной железы; в) слюнокаменной болезнью; г) поражением поверхностного слоя эпителия; д) изменением собственной пластинки слизистой оболочки полости рта</p>
3	<p>Какие причины приводят к развитию кандидоза?</p> <p>а) переохлаждение; б) стресс; в) прием антибиотиков; г) аллергия на антибиотики; д) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта</p>
4	<p>Какое исследование подтверждает диагноз «кандидоз СОПР»?</p> <p>а) цитологическое; б) рентгенологическое; в) бактериоскопическое; г) проба Ясиновского; д) иммунологическое</p>
5	<p>Что содержит налет при кандидозе СОПР?</p> <p>а) единичные клетки Candida и клетки эпителия; б) смешанную флору полости рта; в) фузобактерии; г) почкующиеся формы бластоспор и дрожжевой псевдомицелий; д) лейкоциты, фибрин, клетки эпителия</p>
6	<p>Лечебная суточная доза нистатина</p> <p>а) 1—2 млн.; б) 2—3 млн.; в) 3—4 млн.; г) 4—5 млн.; д) 6—8 млн.</p>
7	<p>Какое воздействие противогрибковой терапии используется при остром псевдомембранозном кандидозе?</p> <p>а) симптоматическое; б) этиотропное; в) патогенетическое; г) общее; д) местное</p>

8	<p>Какие препараты назначают для общего лечения острого псевдомембранозного кандидоза?</p> <p>а) леворин; б) цифран; в) низорал; г) никотиновая кислота; д) дифлюкан</p>
9	<p>Какие средства применяют для местного лечения дрожжевой заеды?</p> <p>а) 20 % раствор буры в глицерине; б) мазь солкосерила; в) нистатиновую мазь; г) метилурациловую мазь; д) мазь канестен</p>
10	<p>При кандидозе СОПР какие должны быть ограничения в пищевом рационе?</p> <p>а) жиров; б) углеводов; в) белков; г) минеральных солей; д) витаминов</p>
11	<p>Природа кандидоза</p> <p>а) аллергическая; б) вирусная; в) травматическая; г) бактериальная; д) грибковая</p>
12	<p>Элемент поражения при кандидозе</p> <p>а) папула; б) эрозия; в) налет; г) пузырек; д) бугорок</p>
13	<p>Материал для бактериоскопического исследования при кандидозе берут:</p> <p>а) до еды, до чистки зубов; б) натощак; в) после еды; г) после чистки зубов; д) после полоскания антисептическим раствором</p>
14	<p>Дрожжевую заеду дифференцируют:</p> <p>а) с туберкулезной; б) с сифилитической; в) со стрептококковой; г) с авитаминозной; д) с экзематозной</p>
15	<p>Лекарственная терапия кандидоза направлена:</p> <p>а) на обезболивание; б) на гипосенсибилизацию организма; в) на эпителизацию; г) на подавление роста гриба Candida; д) на дезинтоксикацию</p>
16	<p>Эффективная лекарственная форма при дрожжевой заеде СОПР:</p> <p>а) раствор;</p>

	b) мазь; c) таблетка; d) настойка; e) гель
17	К противогрибковым препаратам относят: a) метронидазол и диазолин; b) гентамицин и нистатин; c) амфотерицин В и нистатин; d) леворин и флуконазол (дифлюкан); e) солкосерил, леворин
18	Профилактическая суточная доза флуконазола (дифлюкана, дифлазона): a) 50—100 мг; b) 5—15 мг; c) 25—50 мг; d) 150—200 мг; e) 200—400
19	Суточная лечебная доза флуконазола (дифлюкана, дифлазона) при кандидозе полости рта: a) 50—100 мг; b) 150—200 мг; c) 200—400 мг; d) 5—15 мг; e) 25—50 мг
20	Профилактическая суточная доза нистатина: a) 1—2 млн.; b) 2—3 млн.; c) 3—4 млн.; d) 4—5 млн.; e) 6—8 млн.

Таблица правильных ответов

1 — c, d	6 — e	11 — e	16 — a, b, e
2 — d	7 — b, d, e	12 — c	17 — c
3 — c	8 — c, e	13 — a	18 — c
4 — c	9 — c, e	14 — b, d, e	19 — b
5 — d	10 — b	15 — d	20 — c

Тесты по разделу «Красная волчанка»	
1	Укажите первичный элемент поражения при красной волчанке: a) пузырь; b) пятно; c) папула; d) бугорок; e) волдырь
2	Укажите вторичный элемент поражения при красной волчанке: a) атрофия;

	b) чешуйка; c) вегетация; d) лихенизация; e) пигментация.
3	К каким заболеваниям относится красная волчанка? a) доброкачественным заболеваниям; b) специфическим инфекциям; c) коллагенозам; d) вирусным заболеваниям; e) травматическим поражениям.
4	Какие факторы предрасполагают к возникновению красной волчанки? a) бактериальная инфекция; b) переохлаждение; c) инсоляция; d) травма; e) сахарный диабет
5	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику типичной формы красной волчанки? a) лейкоплакией; b) пузырчаткой; c) плоским лишаем; d) кандидозом; e) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом
6	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику поражений красной каймы губ при красной волчанке? a) актиническим хейлитом; b) хейлитом Манганотти; c) метеорологическим хейлитом; d) эксфолиативным хейлитом; e) glandулярным хейлитом.
7	Какие методы исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза красной волчанки? a) рентгенологические; b) гистологические; c) люминесцентные; d) бактериоскопические; e) иммунологические
8	Какие патологические процессы выявляются в очаге поражения при красной волчанке? a) папилломатоз; b) паракератоз, гиперкератоз; c) спонгиоз; d) баллонизирующая дегенерация клеток эпителия; e) акантоз
9	Какие патологические процессы выявляются в очаге поражения при красной волчанке? a) лимфоцитарный инфильтрат под базальной мембраной;

	b) лимфоцитарный переваскулярный инфильтрат; c) дегенерация коллагеновых волокон; d) экзоцитоз; e) гранулез
10	Какие препараты используют для общего лечения красной волчанки? a) кортикостероиды, витамины, противомаларийные средства; b) антибиотики, противогрибковые препараты; c) противовирусные препараты, иммуномодуляторы; d) дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие средства; e) анаболические гормоны, витамины

Таблица правильных ответов

1 — b	6 — a, b, d
2 — a	7 — a, b, c, e
3 — c	8 — b
4 — a, b, c	9 — b, c
5 — a, c	10 — a

Тесты по разделу «Красный плоский лишай»	
1	Какой первичный элемент поражения определяется при плоском лишае? a) пятно; b) узел; c) узелок; d) пузырек; e) бугорок
2	Как называется первичный элемент поражения при плоском лишае по латыни? a) nodus; b) ulcus; c) papula; d) macula; e) urtica
3	Какой вторичный элемент поражения при плоском лишае определяется? a) афта; b) эрозия; c) трещина; d) корка; e) атрофия
4	Из каких слоев образуется папула? a) из эпителия; b) из поверхностного слоя слизистой оболочки; c) из эпителия и поверхностного слоя слизистой оболочки; d) из слизистого и подслизистого слоев; e) из эпителия, слизистого и подслизистого слоев

5	Какие патологические изменения происходят в эпителии при плоском лишае? a) акантоз; b) паракератоз, гиперкератоз; c) спонгиоз; d) паракератоз, гиперкератоз, акантоз; e) акантолиз
6	К каким заболеваниям относят красный плоский лишай? a) к грибковым заболеваниям; b) к дерматозам; c) к вирусным заболеваниям; d) к аутоиммунным заболеваниям; e) к нарушению обменных процессов
7	Каковы наиболее вероятные причины возникновения плоского лишая из предложенных? a) стресс, заболевания желудочно-кишечного тракта; b) инсоляция; c) снижение высоты нижнего отдела лица; d) переохлаждение; e) наследственные факторы
8	Какие факторы влияют на внешний вид очага поражения при плоском лишае? a) гипосаливация; b) гиперсаливация; c) рельеф слизистой оболочки; d) тургор слизистой оболочки; e) месторасположение (локализация)
9	Каков характер течения плоского лишая? a) острое; b) хроническое; c) хроническое с обострениями; d) подострое с исходом в стойкую ремиссию; e) прогрессирующее
10	Какая картина определяется в цитологическом материале с эрозий при плоском лишае? a) гигантские клетки; b) акантолитические клетки; c) картина неспецифического воспаления; d) эозинофилы; e) атипичные многоядерные клетки
11	Как называется сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью? a) синдром Гриншпана; b) синдром Малькертсона-Розенталя; c) синдром Стивенса-Джонсона; d) синдром Костена; e) синдром Ромзая-Хунта
12	С какими заболеваниями дифференцируют типичную форму плоского лишая? a) с вторичным сифилисом; b) с хроническим рецидивирующим герпесом; c) с пузырчаткой; d) с острой механической травмой; e) с глоссалгией

13	<p>С какими заболеваниями дифференцируют типичную форму плоского лишая?</p> <p>а) с гиперпластическим кандидозом; б) с язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана; в) с буллезным пемфигоидом; г) с акантолитической пузырчаткой; д) с глоссалгией</p>
14	<p>С какими заболеваниями дифференцируют типичную форму плоского лишая?</p> <p>а) с многоформной экссудативной эритемой; б) с кератоакантомой; в) с простой формой лейкоплакии; г) с мягкой лейкоплакией; д) с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом</p>
15	<p>С какими заболеваниями дифференцируют эрозивно-язвенную форму плоского лишая?</p> <p>а) с многоформной экссудативной эритемой; б) с кератоакантомой; в) с простой формой лейкоплакии; г) с волосатой лейкоплакией; д) с глоссалгией</p>
16	<p>С какими заболеваниями дифференцируют гиперкератотическую форму плоского лишая?</p> <p>а) с псевдомембранозным кандидозом; б) с плоской лейкоплакией; в) с веррукозной лейкоплакией; г) с хроническим рецидивирующим герпесом; д) с мягкой лейкоплакией</p>
17	<p>Каково местное лечение очага гиперкерато-за при гиперкератотической форме плоско-го лишая?</p> <p>а) удаление с использованием лазерного скаль-пеля; б) криодеструкция, диатермокоагуляция; в) химиотерапия; г) радиотерапия; д) гирудотерапия</p>
18	<p>Какие препараты назначают для общего ле-чения больных типичной формой плоско-го лишая?</p> <p>а) поливитамины, иммуномодуляторы; б) седативные препараты, гипосенсибилизиру-ющие средства; в) антибиотики, иммуномодуляторы; г) витамины, противогрибковые средства; д) антибиотики, кортикостероиды</p>
19	<p>Какие препараты используют для регуля-ции пролиферации и дифференцировки кле-ток эпителия?</p> <p>а) трипсин; б) солкосерил; в) витамин А; г) витамин Е; д) хлоргексидин</p>

20	<p>Выберите схему местного лечения при эро-зивно-язвенной форме плоского лишая:</p> <p>а) лазертерапию, обезболивающие, антисепти-ческие, эпителизирующие средства; б) обезболивающие, антисептические, прижи-гающие средства; в) лазертерапию, УФЧ-терапию, гирудотерапию; г) обезболивающие, антисептические, проти-вовирусные средства; д) электрофорез, диатермокоагуляцию, криоде-струкцию</p>
----	--

Таблица правильных ответов

1 — в	11 — а
2 — в	12 — а
3 — б	13 — а
4 — в	14 — в
5 — г	15 — а
6 — б, г	16 — а, в
7 — а, в	17 — б
8 — в	18 — а, б
9 — б, в, г	19 — б, в, г
10 — в	20 — а

Задания для самостоятельного выполнения

Задачи по дифференциальной диагностике эрозивно-язвенных заболеваний

СЗ_1

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_2

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_3

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_4

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_5

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_6

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_7

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_8

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_9

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_10

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_11

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_12

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



СЗ_13

1. Поставьте предварительный диагноз по представленным фотографиям.
2. Предложите дополнительные методы исследования.



Клинические задачи по диагностике катаральных проявлений на СОПР

СЗ_1-1

1. Поставьте предварительный диагноз.



СЗ_2-1

1. Поставьте предварительный диагноз.



СЗ_3-1

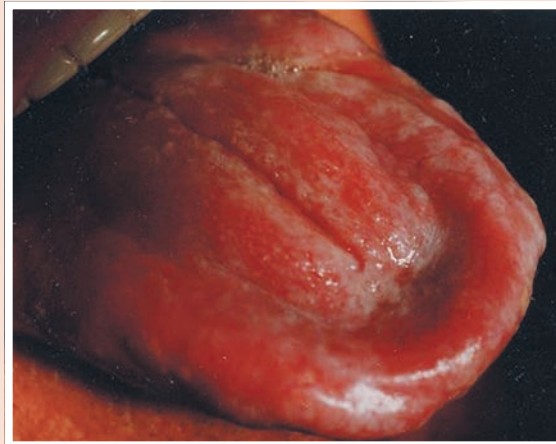
1. Поставьте предварительный диагноз.



Задачи по дифференциальной диагностике катаральных явлений СОПР

СЗ_1

1. Вопросы:
2. Укажите заболевания, для которых характерно возникновение разлитой гиперемии.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_2

1. Вопросы:
2. Укажите заболевания, для которых характерно возникновение разлитой гиперемии.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний



СЗ_3

- Вопросы:
1. Укажите заболевания, для которых характерно возникновение разлитой гиперемии.
 2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний.
 3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
 4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_4

- Вопросы:
1. Укажите заболевания, для которых характерно возникновение разлитой гиперемии.
 2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний.
 3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
 4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_5

- Вопросы:
1. Укажите заболевания, для которых характерно возникновение разлитой гиперемии.
 2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний.
 3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
 4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_6

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно возникновение разлитой гиперемии.
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



Задачи по дифференциальной диагностике заболеваний с повышенным ороговением

СЗ_1

Вопросы:

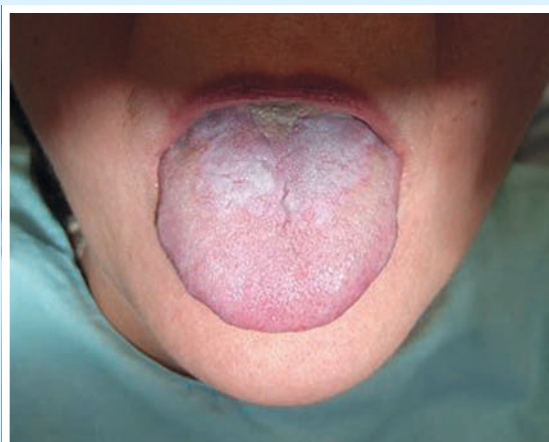
1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_2

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_3

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_4

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_5

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_6

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_7

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_8

Вопросы:

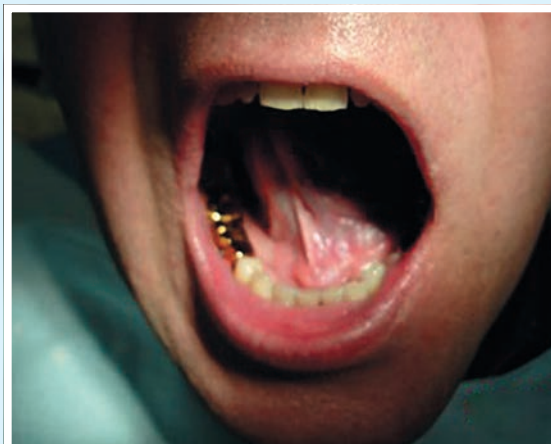
1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_9

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_10

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_11

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_12

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование «белых поражений».
2. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для данной группы заболеваний.
3. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
4. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.

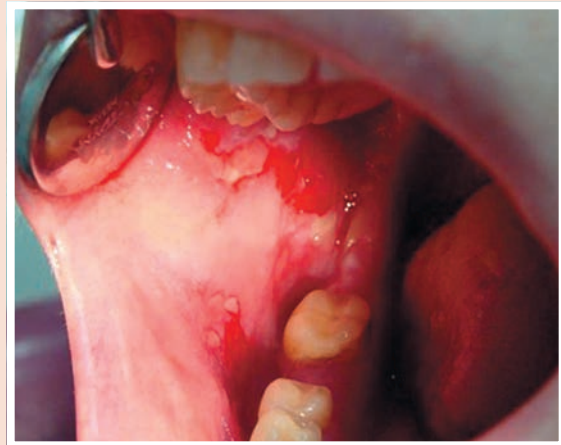


Задачи по дифференциальной диагностике пузырно-эрозивных заболеваний

СЗ_1

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_2

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_3.

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_4

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_5

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_6

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_7

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_8

Вопросы:

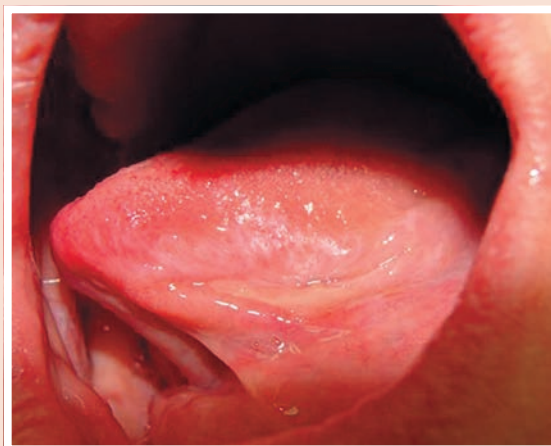
1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_9

Вопросы:

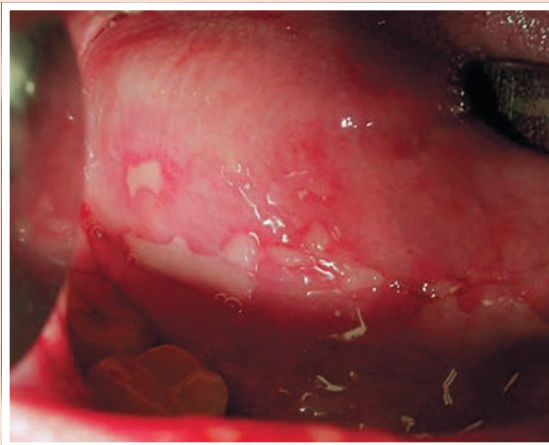
1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_10.

Вопросы:

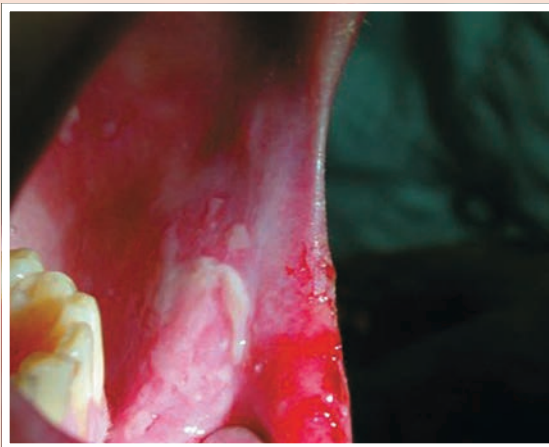
1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_11

Вопросы:

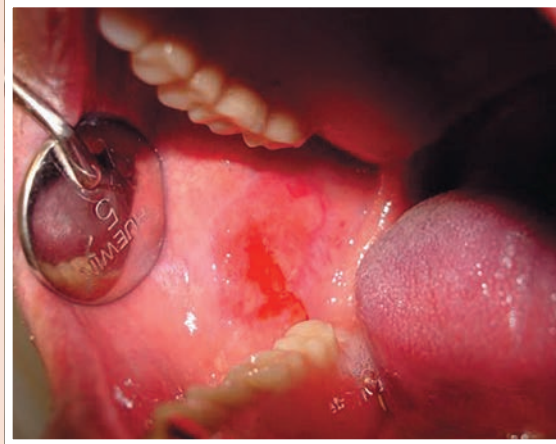
1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_12

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.



СЗ_13.

Вопросы:

1. Укажите заболевания, для которых характерно образование пузырей.
2. Выберите заболевания, при которых образуются внутриэпителиальные пузыри.
3. Опираясь на фотографии, укажите общие клинические проявления для следующих заболеваний: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, буллезная и эрозивно-язвенная формы, вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигOID, аллергические проявления, пузырно-эрозивная форма.
4. Какие методы исследования помогут провести дифференциальную диагностику?
5. Опишите результаты дополнительных методов исследования, характерные для данных заболеваний.

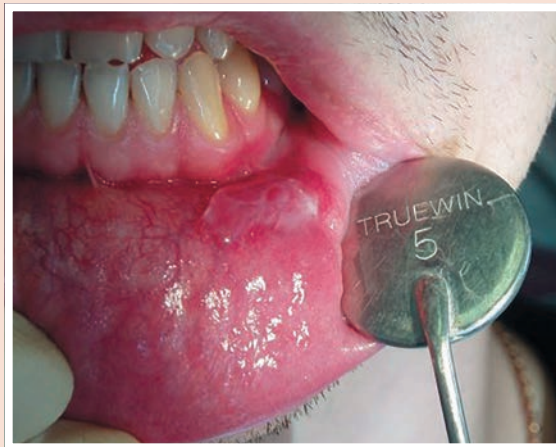


Фото по главам

ГЛАВА III.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ

Механические повреждения



Рис. 3.1. Острая механическая травма слизистой щеки стоматологическим диском



Рис. 3.4. Острая механическая травма, гематома

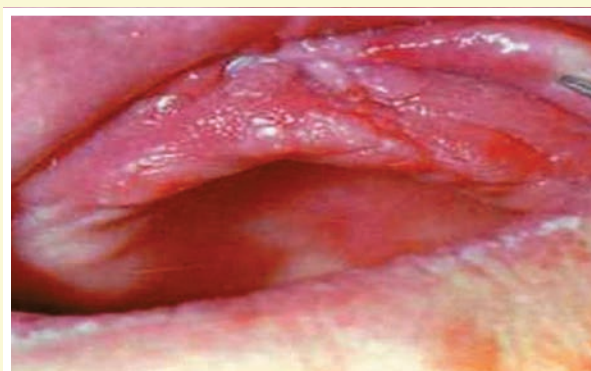


Рис. 3.2. Хроническая механическая травма. Гиперемия, отек и гиперплазия слизистой оболочки протезного ложа



Рис. 3.5. Гиперемия и отек десен при хронической механической травме



Рис. 3.3. Механическая травма. Гипертрофия десневого края

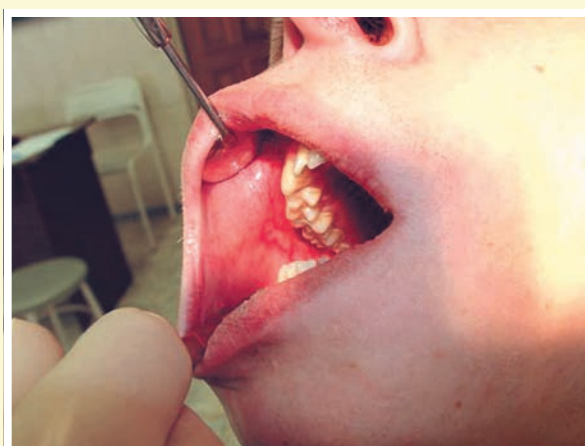


Рис. 3.6. Эрозия слизистой оболочки щеки вследствие острой механической травмы



Рис. 3.7. Травматическая эрозия



Рис. 3.10. Эрозия слизистой оболочки альвеолярного отростка



Рис. 3.8. Травматическая эрозия в области выводного протока СЖ



Рис. 3.11. Язва слизистой оболочки щеки



Рис. 3.9. Эрозия на слизистой оболочке верхней губы при острой механической травме

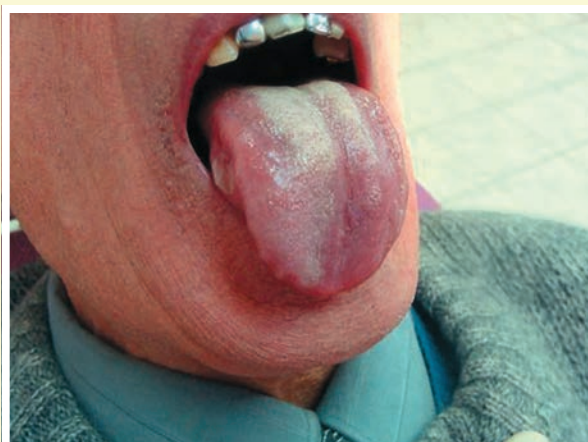


Рис. 3.12. Язва слизистой оболочки языка, вид сбоку



Рис. 3.13. Язва слизистой оболочки щеки, вид прямо



Рис. 3.16. Хроническая механическая травма



Рис. 3.14. Язва боковой поверхности языка с признаками воспалительного инфильтрата в основании



Рис. 3.17. Хроническая механическая травма с признаками ороговения



Рис. 3.15. Язва боковой поверхности языка, дно покрыто фибринозным налетом



Рис. 3.18. Хроническая механическая травма языка. Декубитальная язва

Физические повреждения



Рис. 3.19. Очаг некроза слизистой оболочки переходной складки, нижней губы, обусловленный действием азотно-кислого серебра



Рис. 3.22. Лучевое поражение нижней губы

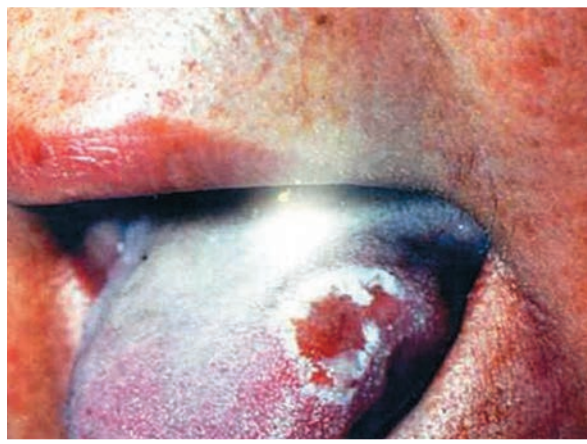


Рис. 3.20. Очаг некроза слизистой оболочки действием резорцин-формалином



Рис. 3.23. Лучевой радиомукозит



Рис. 3.21. Эрозия твердого нёба в результате острой химической травмы



Рис. 1.3-3. Очаговый пленчатый радиомукозит

Гальванизм



Рис. 3.25. Эрозии слизистой оболочки языка в результате действия микротоков



Рис. 3.28. Плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки

Лейкоплакия, плоская форма



Рис. 3.26. Плоская форма лейкоплакии



Рис. 3.29. Плоская лейкоплакия вентральной поверхности языка



Рис. 3.27. Лейкоплакия, плоская форма. Поражение слизистой оболочки щеки



Рис. 3.30. Плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки



Рис. 3.31. Плоская лейкоплакия десны нижней челюсти и переходной складки



Рис. 3.34. Плоская лейкоплакия слизистой нижней губы



Рис. 3.32. Плоская лейкоплакия слизистой щеки по линии смыкания зубов



Рис. 3.35. Плоская лейкоплакия слизистой оболочки щеки



Рис. 3.33. Плоская лейкоплакия слизистой нижней губы



Рис. 3.36. Плоская лейкоплакия слизистой боковой поверхности языка



Рис. 3.37. Плоская лейкоплакия вентральной поверхности языка и дна полости рта



Рис. 3.40. Лейкоплакия слизистой угла рта и нижней губы



Рис. 3.38. Плоская лейкоплакия углов рта



Рис. 3.41. Лейкоплакия дна полости рта, плоская форма



Рис. 3.39. Лейкоплакия нижней поверхности языка



Рис. 3.42. Лейкоплакия, плоская форма. Гиперкератоз нижней губы



Рис. 3.43. Лейкоплакия.
Очаг гиперкератоза на дне полости рта



Рис. 3.46. Лейкоплакия, веррукозная форма

Лейкоплакия, веррукозная форма



Рис. 3.44. Веррукозная форма лейкоплакии



Рис. 3.47. Лейкоплакия, веррукозная форма боковой поверхности языка



Рис. 3.45. Лейкоплакия дна полости рта

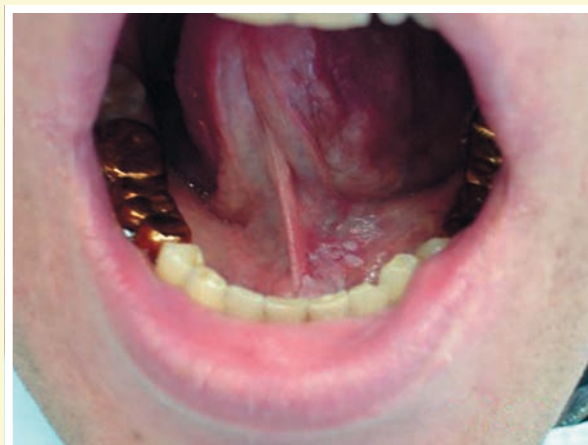


Рис. 3.48. Лейкоплакия, бляшечная форма

Лейкоплакия, эрозивная форма



Рис. 3.49. Лейкоплакия. Очаги гиперкератоза подъязычной области



Рис. 3.50. Эрозивная форма лейкоплакии.

ГЛАВА IV.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Вирусные заболевания Герпетический стоматит



Рис. 4.1. Простой герпес. Поражение красной каймы губ и крыла носа

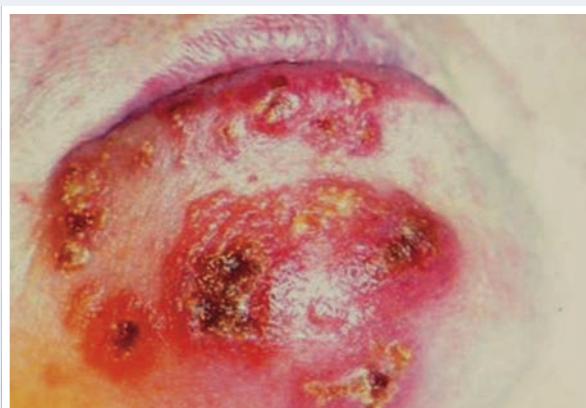


Рис 4.3. Простой герпес. Поражение губ и кожи подбородка.



Рис. 4.2. Герпес. Поражение губ



Рис. 4.4. Хронический, рецидивирующий герпес с поражением красной губ. Эрозии, покрытые корками



Рис. 4.5. Опоясывающий лишай. Одностороннее поражение тройничного нерва



Рис. 4.8. Опоясывающий лишай с поражением лицевого нерва

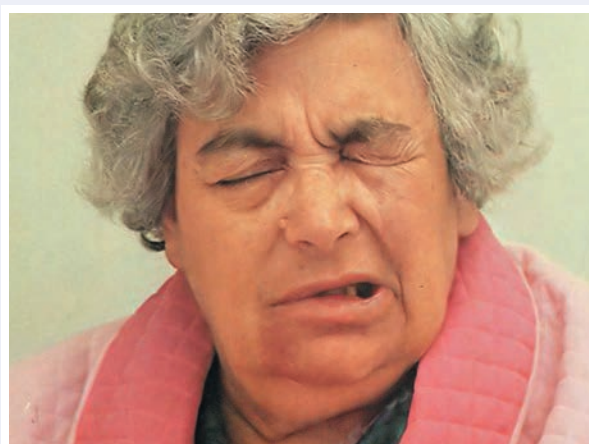


Рис. 4.6. Опоясывающий лишай с поражением лицевого нерва



Рис. 4.9. Опоясывающий лишай. Эрозии группируются в цепочку по ходу нерва



Рис. 4.7. Опоясывающий лишай



Рис. 4.10. Опоясывающий лишай



*Рис. 4.11. Опоясывающий лишай.
Пузырьковые элементы поражения*



Рис. 4.14. Опоясывающий лишай



*Рис. 4.12. Опоясывающий лишай.
Пузырьки и корки*



*Рис. 4.15. Эрозии в области
наружного слухового хода*



Рис. 4.13. Опоясывающий лишай



*Рис. 4.16. Опоясывающий лишай.
Поражение кожи лица*



Рис. 4.17. Опоясывающий лишай в области лба и волосистой части головы



Рис. 4.20 ВИЧ-инфекция. Хронический генерализованный пародонтит

ВИЧ-инфекция



Рис. 4.18. ВИЧ-инфекция. Гнойничковые высыпания на коже



Рис. 4.21. Кандидозный стоматит на фоне ВИЧ-инфекции

Грипп



Рис. 4.19 ВИЧ-инфекция. Саркома Капоши с локализацией на альвеолярном отростке верхней челюсти



Рис. 4.22. Герпетический стоматит при гриппе



Рис. 4.23. Афтозно-язвенный стоматит при гриппе



Рис. 4.26. Язвенно-некротический гингивит

Язвенно-некротический стоматит Венсана



Рис. 4.24. Некроз десневого сосочка
и десневого края в области нижних резцов



Рис. 4.27. Язвенно-некротический процесс
в области третьего премоляра

Бактериальные инфекции Туберкулез



Рис. 4.25. Некротический налет
на слизистой оболочке нижней губы



Рис. 4.28. Туберкулезная язва слизистой оболочки



Рис. 4.29. Туберкулезная язва слизистой оболочки переходной складки губы и десен

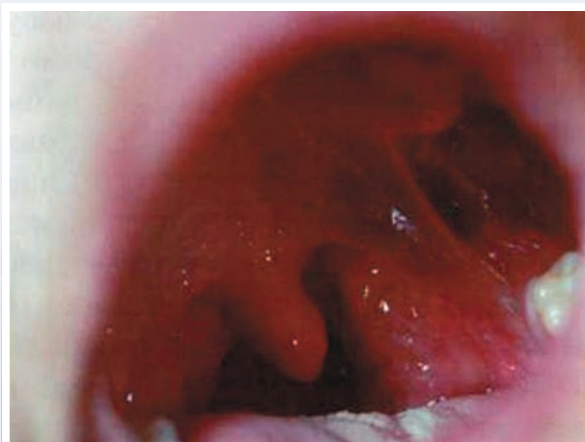


Рис. 4.32. Первичный сифилис. Шанкр амигдолит

Болезни, передаваемые половым путем Сифилис



Рис. 4.30. Первичный сифилис. Твердый шанкр на боковой поверхности языка



Рис. 4.33. Вторичный сифилис. Папулы на кончике языка



Рис. 4.31. Первичная, атипичная сифилома на боковой поверхности языка в виде ограниченного уплотнения



Рис. 4.34. Вторичный сифилис. Папулы на твердом нёбе и спинке языка



Рис. 4.35. Вторичный сифилис. Везикулезные высыпания на спинке языка



Рис. 4.38. Атрофическая форма кандидозного глоссита



Рис. 4.36. Третичный сифилис. Разрешение гуммы



Рис. 4.39. Гиперпластическая форма кандидоза

Микозы Кандидоз

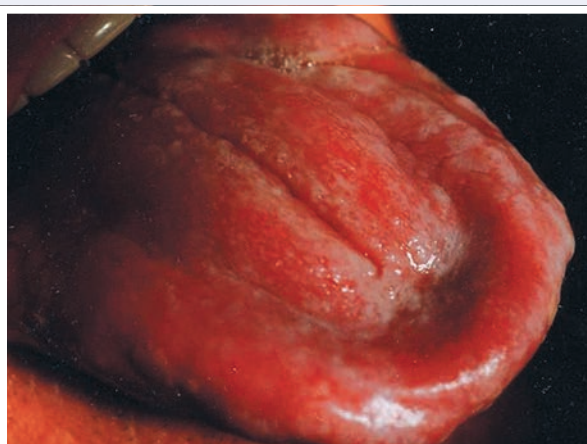


Рис. 4.37. Атрофическая форма кандидоза (гиперемия, десквамация нитевидных сосочков)



Рис. 4.40. Кандидоз на фоне химиолучевого лечения



Рис. 4.41. Кандидозный глоссит (наличие налета на языке в сочетании со складчатостью)



Рис. 4.44. Острый псевдомембранозный кандидоз. Творожистый налет на языке



Рис. 4.42. Кандидозный глоссит на спинке языка (обильное количество налета)



Рис. 4.45. Гиперпластический кандидоз. Тяжелое течение



Рис. 4.43. Кандидозный стоматит



Рис. 4.46. Хронический гиперпластический кандидоз



Рис. 4.47. Лептотрихоз языка



Рис. 4.48. Лептотрихоз языка

ГЛАВА V.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Отек Квинке



Рис. 5.1. Ангионевротический отек Квинке



Рис. 5.3. Отек Квинке

Аллергический стоматит

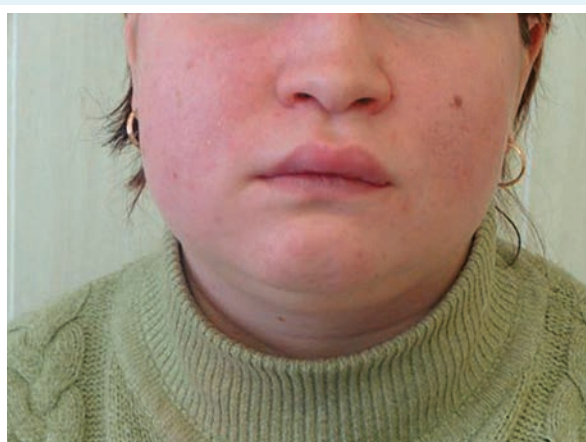


Рис. 5.2. Отек Квинке



Рис. 5.4. Анафилактическая пурпура.
Синдром Шенлейн-Геноха



Рис. 5.5. Медикаментозный эрозивный стоматит



Рис. 5.8. Аллергия. Эрозивные элементы на красной кайме губ



Рис. 5.6. Медикаментозный язвенно-некротический стоматит



Рис. 5.9. Аллергический геморрагический стоматит



Рис. 5.7. Медикаментозный катаральный гингиво-стоматит



Рис. 5.10. Аллергический хейлит



Рис. 5.11. Аллергия. Эрозии на слизистой языка



Рис. 5.14. Катаральный (протезный) аллергический стоматит



Рис. 5.12. Аллергия. Эрозии на слизистой оболочке губ



Рис. 5.15. Контактный катаральный аллергический хейлит



Рис. 5.13. Аллергия, пузырьно-эрозивное поражение слизистой оболочки переходной складки и нижней губы



Рис. 5.16. Контактный (протезный) аллергический хейлит



Рис. 5.17. Протезный стоматит



Рис. 5.20. МЭЭ. Сливные эрозии, покрытые плотным фибринозным налетом

Многоформная, экссудативная эритема (МЭЭ)



Рис. 5.18. «Кокарды» на коже рук



Рис. 5.21. МЭЭ. Обширные эрозии на слизистой оболочке рта



Рис. 5.19. МЭЭ. Подэпителиальный пузырь



Рис. 5.22. МЭЭ. Гиперемированный фон слизистой оболочки рта и красной каймы губ



*Рис. 5.23. Поражение губ
(геморрагические корки) при МЭЭ*



Рис. 5.26. Синдром Лайелла



Рис. 5.24. Поражение кожи при МЭЭ («кокарды»)



Рис. 5.27. Синдром Стивенса-Джонсона



*Рис. 5.25. Поражение кожи при МЭЭ.
Подэпидермальный пузырь*



Рис. 5.28. Состояние полости рта при МЭЭ



Рис. 5.29. МЭЭ, поражение губ



Рис. 5.32. МЭЭ. «Кокарда» на коже



Рис. 5.30. МЭЭ. Поражения красной каймы губ и слизистой оболочки рта



Рис. 5.33. МЭЭ, поражение кожи



Рис. 5.31. МЭЭ. Поражение полости рта и красной каймы губ

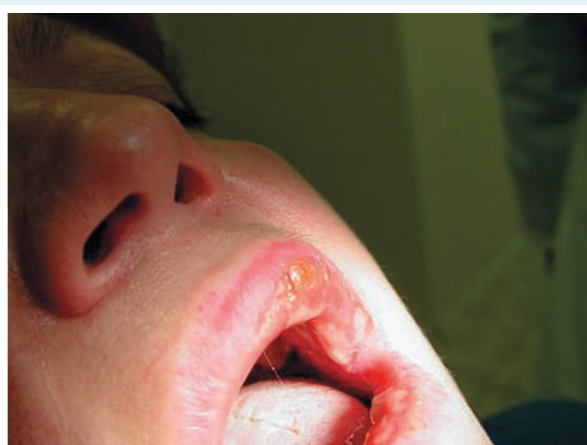


Рис. 5.34. МЭЭ, поражение губ



Рис. 5.35. МЭЭ. Поражение слизистой оболочки рта



Рис. 5.38. МЭЭ. Гиперемия слизистой оболочки рта



Рис. 5.36. МЭЭ. Поражение красной каймы губ и слизистой оболочки рта



Рис. 5.39. МЭЭ. Подэпителиальный пузырь на мягком нёбе



Рис. 5.37. МЭЭ. Поражение слизистой оболочки рта



Рис. 5.40. МЭЭ. Характерные эрозии, покрытые покрывкой пузыря



Рис. 5.41. МЭЭ, поражение слизистой оболочки носа



Рис. 5.44. ХРАС, некротическая форма

Рубцующаяся форма



Рис. 5.42. Геморрагические корки на красной кайме губ



Рис. 5.45. ХРАС, рубцующаяся форма

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) Некротическая форма

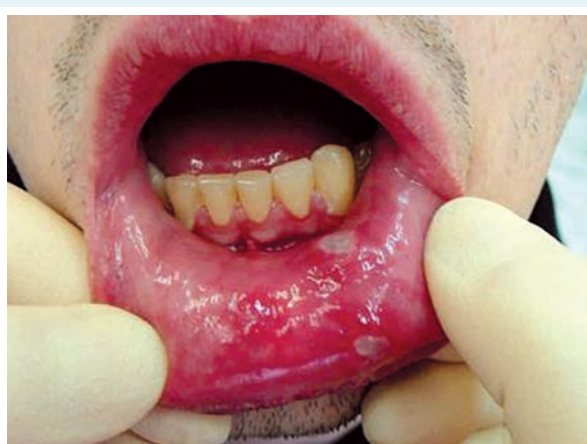


Рис. 5.43. ХРАС, афты покрыты некротическим налетом

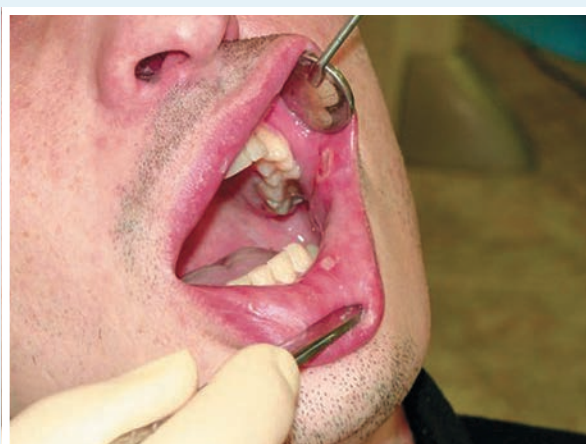


Рис. 5.46. ХРАС, рубцующаяся форма



Рис. 5.47. ХРАС, рубцующая форма



Рис. 5.50. Язва на боковой поверхности языка при ХРАС

Фибринозная форма



Рис. 5.48. ХРАС, рубцующая форма



Рис. 5.51. ХРАС. Афты на слизистой оболочке нижней губы



Рис. 5.49. ХРАС. Рубцующая форма



Рис. 5.52. Афты на отечном и гиперемизованном основании, покрыта фибринозным налетом



Рис. 5.53. ХРАС, фибринозная форма



Рис. 5.56. Афта



Рис. 5.54. ХРАС, эрозии в стадии эпителизации



Рис. 5.57. Афты на верхней и нижней губе



Рис. 5.55. ХРАС, множественные высыпания на вентральной поверхности языка



Рис. 5.58. ХРАС. Элемент поражения — афта на нижней поверхности языка

Фибринозно-некротическая форма



Рис. 5.59. ХРАС. Афта покрыта фибринозно-некротическим налетом



Рис. 5.62. ХРАС, фибринозно-некротическая форма



Рис. 5.60. ХРАС, фибринозно-некротическая форма



Рис. 5.63. Афтозный стоматит с герпесом



Рис. 5.61. ХРАС, фибринозно-некротическая форма



Рис. 5.64. Синдром Бехчета. Микростомы



*Рис. 6.1. Эрозивное поражение
слизистой оболочки рта*



*Рис. 6.4. Яркая гиперемия
слизистой оболочки щек*



*Рис. 6.2. Обширные эрозии
на слизистой оболочке рта и губ*



*Рис. 6.5. Эрозии на слизистой
нижней губы и десне*



*Рис. 6.3. Эрозии и геморрагии
на слизистой оболочке рта*



Рис. 6.6. Эрозии на ярко гиперемированном фоне



Рис. 6.7. Поражение нижней поверхности языка

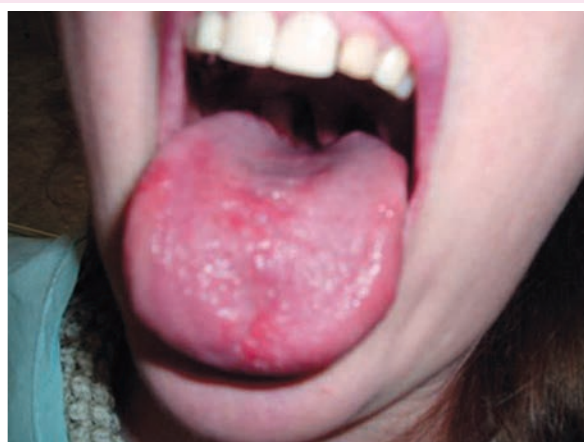


Рис. 6.9. Десквамативный глоссит



Рис. 6.8. Поражение глаз



Рис. 6.10. Поражение твердого неба.

ГЛАВА VII.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕКОТОРЫХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И БОЛЕЗНЯХ ОБМЕНА



Рис. 7.1. Проявление заболеваний ЖКТ

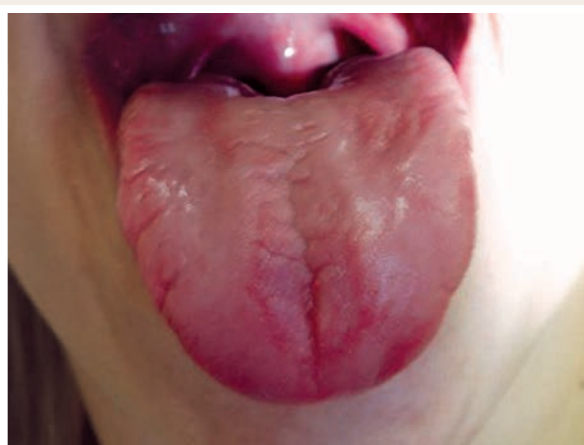


Рис. 7.2. Атрофический глоссит на фоне железодефицитной анемии

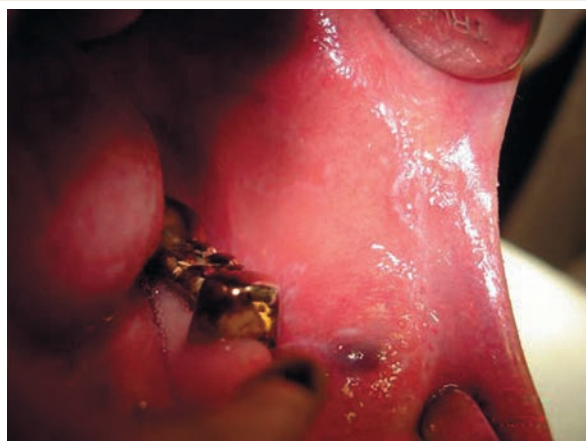


Рис. 7.3. Пузырно-сосудистый синдром



Рис. 7.6. Атрофический глоссит при В-12 дефицитной анемии



Рис. 7.4. Гипертрофический гингивит при сахарном диабете

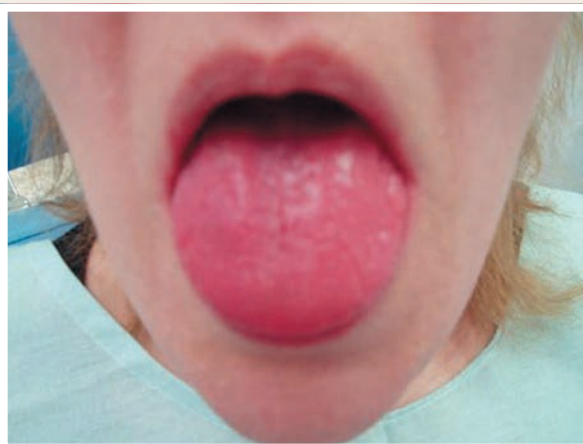


Рис. 7.7. Атрофический глоссит



Рис. 7.5. Атрофический глоссит на фоне атрофического гастрита. Ангулярный хейлит



Рис. 7.8. Геморрагический синдром при заболевании крови



Рис. 7.9. Гиперпластический симптом при заболевании крови

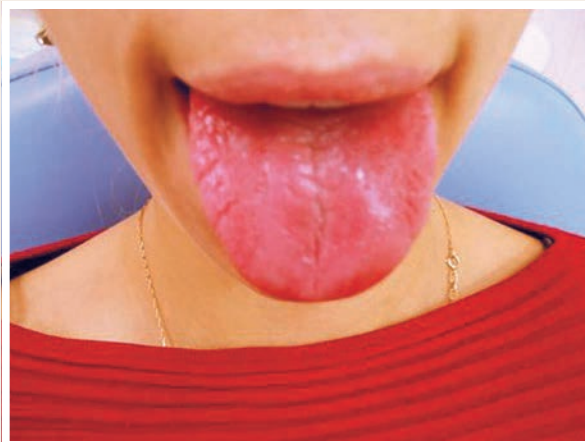


Рис. 7.11. Десквамативный глоссит при заболевании крови



Рис. 7.10. Гиперпластический симптом при заболевании крови



Рис. 7.12. Дисбиоз III—IV степени

ГЛАВА VIII.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Герпетиформный дерматит Дюринга



Рис. 8.1. Герпетиформный стоматит

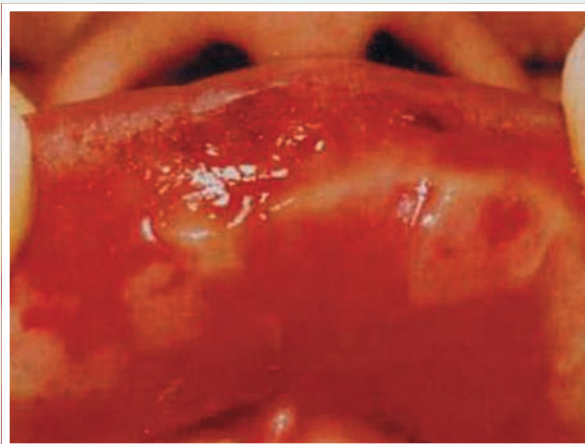


Рис. 8.2. Герпетиформный стоматит Дюринга

Красный плоский лишай (КПЛ)



Рис. 8.3. КПЛ. Типичная форма



Рис. 8.6. Типичная форма КПЛ-2

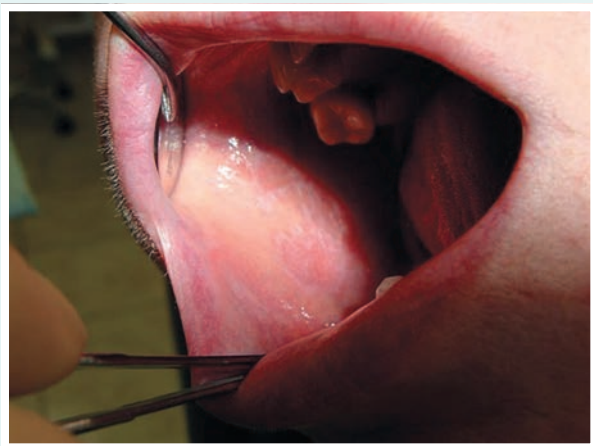


Рис. 8.4. Типичная форма КПЛ



Рис. 8.7. КПЛ-6, типичная форма



Рис. 8.5. Типичная форма КПЛ



Рис. 8.8. КПЛ, типичная форма



Рис. 8.9. КПЛ, типичная форма



Рис. 8.12. КПЛ, типичная форма.
Гландулярный хейлит на фоне КПЛ



Рис. 8.10. КПЛ, типичная форма



Рис. 8.13 КПЛ, типичная форма.
Признаки атрофии эпителия.



Рис. 8.11. КПЛ, типичная форма



Рис. 8.14. КПЛ, типичная форма.
Телеангиоэктазии.

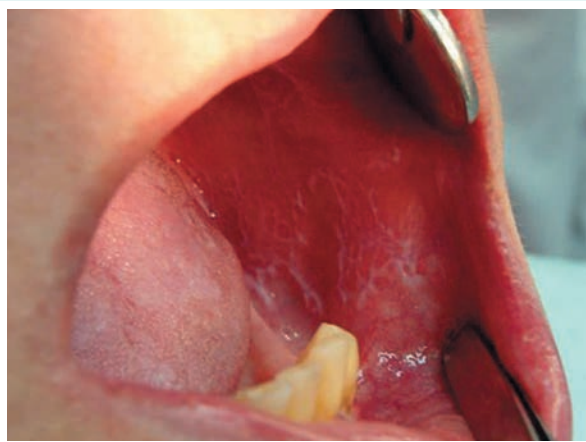


Рис. 8.5. КПЛ, типичная форма

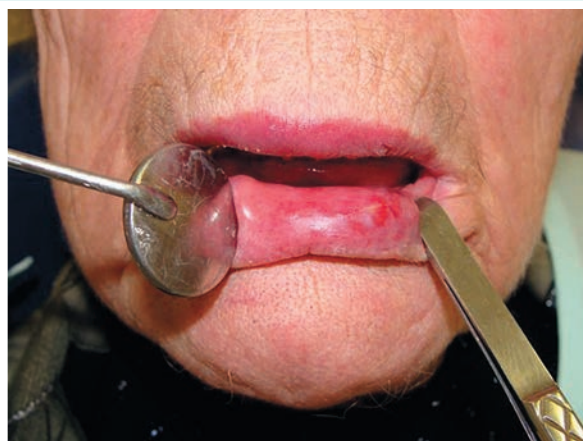


Рис. 8.18. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма слизистой нижней губы

Экссудативно-гиперемическая форма КПЛ

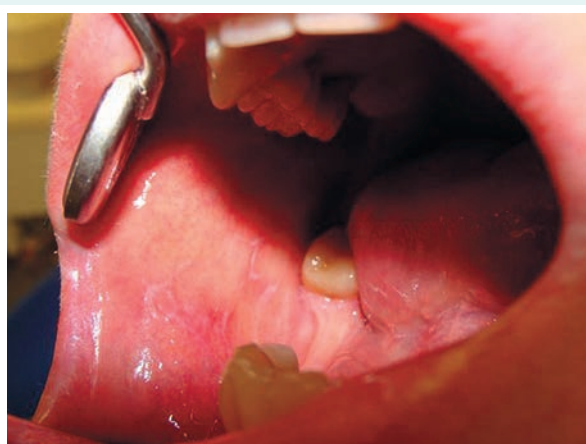


Рис. 8.16. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма



Рис. 8.19. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма (папулы на фоне отека, гиперемии слизистой щеки)



Рис. 8.17. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма

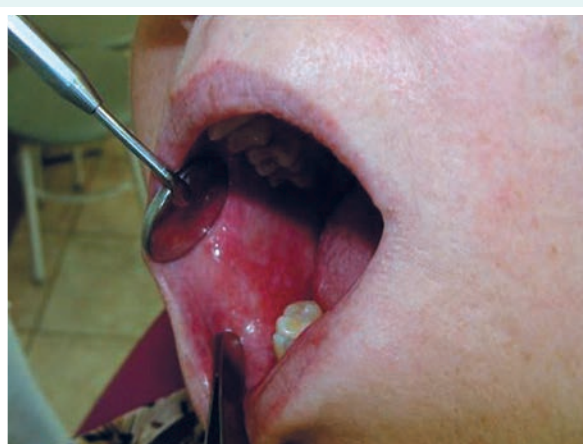


Рис. 8.20. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма



Рис. 8.21. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма



Рис. 8.24. Атрофия эпителия спинки языка при КПЛ

Эрозивно-язвенная форма КПЛ

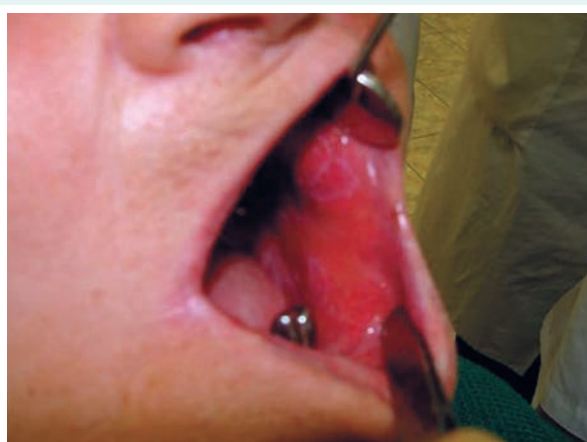


Рис. 8.22. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма



Рис. 8.25. Эрозивно-язвенная форма КПЛ



Рис. 8.23. КПЛ, экссудативно-гиперемическая форма



Рис. 8.26. Эрозивно-язвенная форма КПЛ на стадии эпителизации



Рис. 8.27. Эрозивно-язвенная форма КПЛ слизистой верхней губы с поражением альвеолярного отростка



Рис. 8.30. Эрозивно-язвенная форма КПЛ



Рис. 8.28. Эрозивно-язвенная форма КПЛ слизистой щеки



Рис. 8.31 Эрозивно-язвенная форма КПЛ



Рис. 8.29. Эктеричность нёба при КПЛ



Рис. 8.32. Эрозивно-язвенная форма КПЛ

Буллезная форма

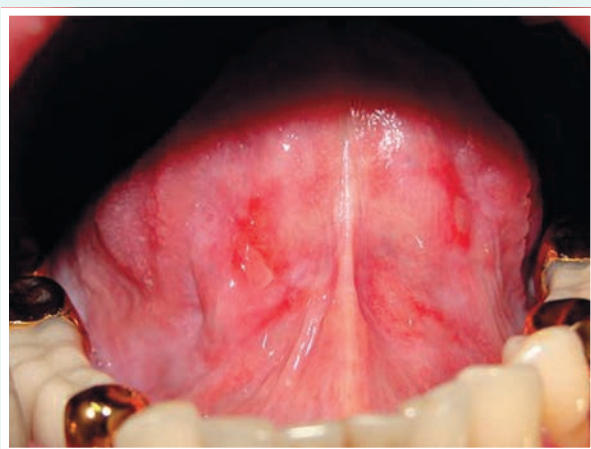


Рис. 8.33. КПЛ, буллезная форма



Рис. 8.36. КПЛ, буллезная форма.
Подэпителиальный пузырь

Гиперкератотическая форма



Рис. 8.34. КПЛ, буллезная форма

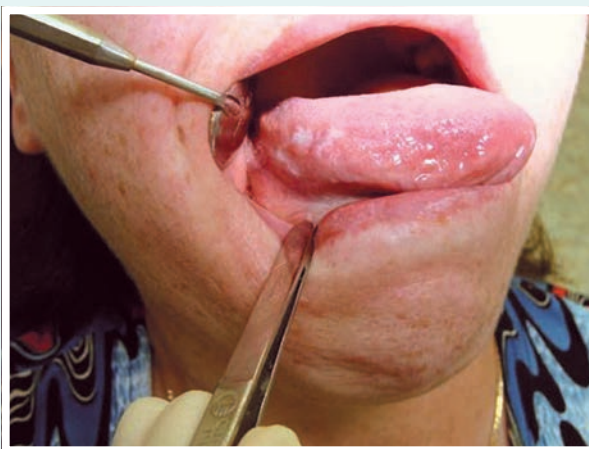


Рис. 8.37. КПЛ, гиперкератотическая форма



Рис. 8.35. КПЛ, буллезная форма



Рис. 8.38. КПЛ, гиперкератотическая форма



Рис. 8.39. Гиперкератотическая форма КПЛ



Рис. 8.42. Гиперкератотическая форма КПЛ

Десквамативный гингивит



Рис. 8.40.. Гиперкератотическая форма
КПЛ боковой поверхности языка



Рис. 8.43. КПЛ, десквамативный гингивит



Рис. 8.41. Гиперкератотическая форма КПЛ



Рис. 8.44. Десна при КПЛ. Симптом
перифокальной субэпителиальной отслойки



Рис. 8.45. КПЛ, десквамативный гингивит.
Признаки атрофии десны



Рис. 8.48. КПЛ, поражение кожи

Проявления на коже



Рис. 8.46. КПЛ, папулы на коже



Рис. 8.49. КПЛ, поражение кожи



Рис. 8.47. КПЛ, поражение кожи



Рис. 8.50. КПЛ, поражение кожи

Пузырчатка



Рис. 8.51. КПЛ, поражение кожи



Рис. 8.54. Вульгарная пузырчатка. Геморрагические и серозно-гнойные корки на красной кайме нижней губы

Красная волчанка



Рис. 8.52. Эритема на нёбе с очагами гиперкератоза



Рис. 8.55. Вульгарная пузырчатка. Обрывки пузыря на слизистой оболочке щеки

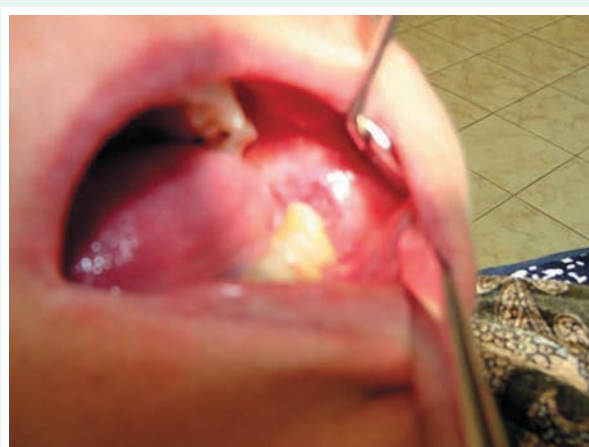


Рис. 8.53. Проявления гиперкератоза на слизистой оболочке щеки



Рис. 8.56. Вульгарная пузырчатка. Проявления на слизистой оболочке щеки



Рис. 8.57. Вульгарная пузырчатка.
Внутриэпителиальные пузыри и эрозии
на слизистой оболочке губы



Рис. 8.60. Вульгарная пузырчатка.
Поражение слизистой оболочки щеки



Рис. 8.58. Вульгарная пузырчатка.
Эрозии и обрывки пузырей
на слизистой оболочке языка



Рис. 8.61. Вульгарная пузырчатка,
поражение слизистой носа



Рис. 8.59. Вульгарная пузырчатка.
Пузырь на слизистой оболочке щеки



Рис. 8.62. Вульгарная пузырчатка.
Определение симптома Никольского



Рис. 8.63. Вульгарная пузырчатка, десквамативный гингивит



Рис. 8.66. Вульгарная пузырчатка



Рис. 8.64. Вульгарная пузырчатка



Рис. 8.67. Вульгарная пузырчатка



Рис. 8.65. Вульгарная пузырчатка



Рис. 8.68. Вульгарная пузырчатка



Рис. 8.69. Вульгарная пузырчатка.
Симптом Никольского



Рис. 8.72. Внутриэпителиальный пузырь



Рис. 8.70. Вульгарная пузырчатка



Рис. 8.73. Внутриэпителиальный пузырь



Рис. 8.71. Внутриэпителиальный пузырь
при вульгарной пузырчатке



Рис. 8.74. Вульгарная пузырчатка дна
полости рта. «Голые» эрозии располагаются
на неизмененном фоне слизистой оболочки



Рис. 8.75. Вульгарная пузырчатка твердого нёба



Рис. 8.78. Поражение красной каймы губ при пузырчатке



Рис. 8.76. Десквамативный гингивит



Рис. 8.79. Проявление пузырчатки на спинке языка



Рис. 8.77. Десквамативный гингивит при пузырчатке



Рис. 8.80. Проявления вульгарной пузырчатки на коже



Рис. 8.91. Симптом Никольского



Рис. 8.92. Поражение языка при пузырчатке.

ГЛАВА IX.

АНОМАЛИИ И САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА

Складчатый язык



Рис. 9.1. Складчатый язык



Рис. 9.3. Складчатый язык



Рис. 9.2. Складчатый язык с очагами десквамации

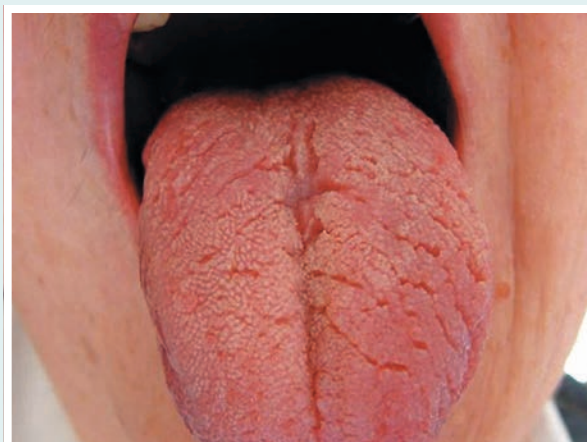


Рис. 9.4. Складчатый язык

Черный «волосатый» язык



Рис. 9.5. Складчатый язык



Рис. 9.8. Черный «волосатый» язык



Рис. 9.6. Складчатый язык



Рис. 9.9. Черный «волосатый» язык



Рис. 9.7. Складчатый язык



Рис. 9.10. Черный «волосатый» язык



Рис. 9.11. Черный «волосатый» язык



Рис. 9.14. Черный «волосатый» язык

Ромбовидный язык



Рис. 9.12. Черный «волосатый» язык



Рис. 9.15. Ромбовидный глоссит



Рис. 9.13. Черный «волосатый» язык



Рис. 9.16. Ромбовидный глоссит

Десквамативный глоссит



Рис. 9.17. Ромбовидный глоссит



Рис. 9.21. Десквамативный глоссит

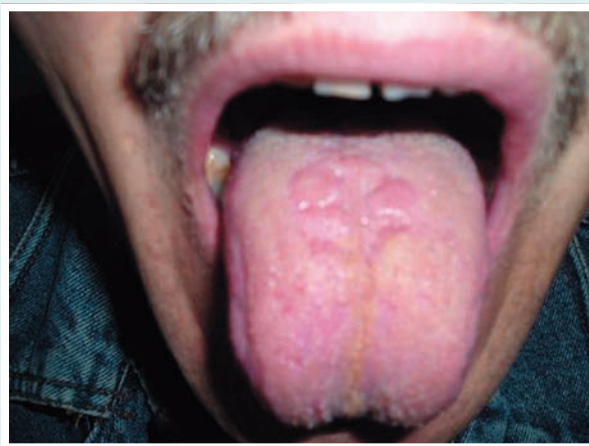


Рис. 9.18. Ромбовидный глоссит



Рис. 9.22. Десквамативный глоссит



Рис. 9.20. Ромбовидный глоссит



Рис. 9.23. Десквамативный глоссит



Рис. 7.4-4. Десквамативный глоссит на фоне В-12фолиевой дефицитной анемии



Рис. 9.27. Десквамативный глоссит

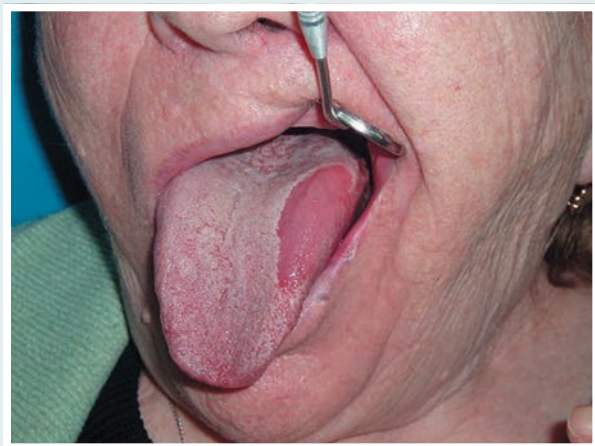


Рис. 9.25. Десквамативный глоссит



Рис. 9.28. Десквамативный глоссит



Рис. 9.26. Десквамативный глоссит



Рис. 9.29. Десквамативный глоссит

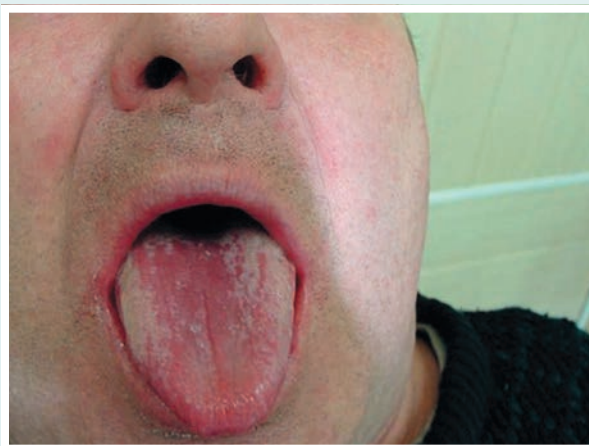


Рис. 9.30. Десквамативный глоссит



Рис. 9.32. Десквамативный глоссит



Рис. 9.31. Десквамативный глоссит



Рис. 10.2. Атопический хейлит

ГЛАВА X.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ХЕЙЛИТЫ



Рис. 10.1. Атопический хейлит



Рис. 10.3. Атопический хейлит

Лимфоэденоматозный макрохейлит



Мелькерссона-Розенталя



Рис. 10.6. Макрохейлит

Плазмноклеточный хейлит



Рис. 10.4. Макрохейлит (отек губы)



Рис. 10.7. Плазмноклеточный хейлит



Рис. 10.5. Макрохейлит



Рис. 10.8. Хейлит при ихтиозе

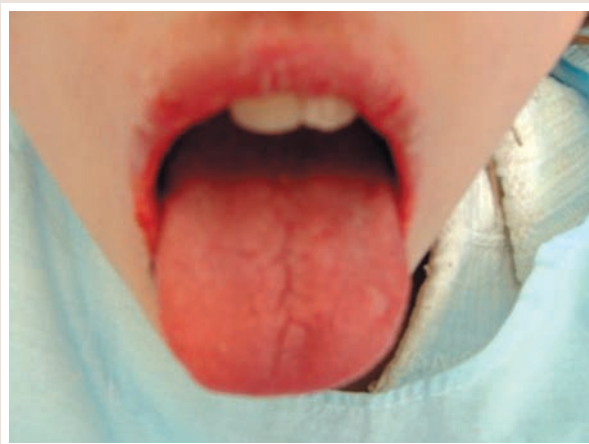


Рис. 10.9. Десквамативный глоссит при ихтиозе



Рис. 10.12. Хроническая трещина нижней губы с ороговевающими краями

Хроническая трещина губы



Рис. 10.10. Хейлит. Хроническая трещина нижней губы



Рис. 10.13. Хроническая трещина нижней губы



Рис. 10.11. Хроническая рецидивирующая трещина нижней губы



Рис. 10.14. Хроническая трещина нижней губы



Рис. 10.15. Хроническая трещина нижней губы



Рис. 10.18. Экзематозный хейлит

Экзематозный хейлит



Рис. 10.16. Поражение кожи при экземе



Рис. 10.19. Экзематозный хейлит



Рис. 10.17. Экзематозный хейлит



Рис. 10.20. Экзематозный хейлит

**Собственно хейлиты
Актинический**



Рис. 10.21. Экзематозный хейлит



Рис. 10.24. Актинический хейлит. Сухая форма



Рис. 10.22. Экзематозный хейлит



*Рис. 10.25. Актинический хейлит.
Экссудативная форма*



Рис. 10.23. Экзематозный хейлит



Рис. 10.26. Сухая форма актинического хейлита



Рис. 10.27. Актинический хейлит, экссудативная форма

Гландулярный хейлит



Рис. 10.30. Гландулярный хейлит на фоне папулезных высыпаний

Эксфолиативный хейлит



Рис. 10.28. Первичный простой glandулярный хейлит



Рис.10.31. Сухая форма



Рис. 10.29. Гландулярный хейлит на фоне КПЛ



Рис.10.32. Экссудативная форма



Рис. 10.33. Экссудативная форма



Рис. 10.36. Эксфолиативный хейлит, сухая форма



Рис. 10.34. Экссудативная форма



Рис. 10.37. Экссудативная форма
эксфолиативного хейлита

Метеорологический хейлит



Рис. 10.35. Эксфолиативный хейлит, сухая форма



Рис. 10.38. Метеорологический хейлит

Контактный аллергический хейлит



Рис. 10.39. Метеорологический хейлит



Рис. 10.42. Контактный аллергический хейлит



Рис. 10.40. Метеорологический хейлит



Рис. 10.43. Контактный хейлит



Рис. 10.41. Метеорологический хейлит



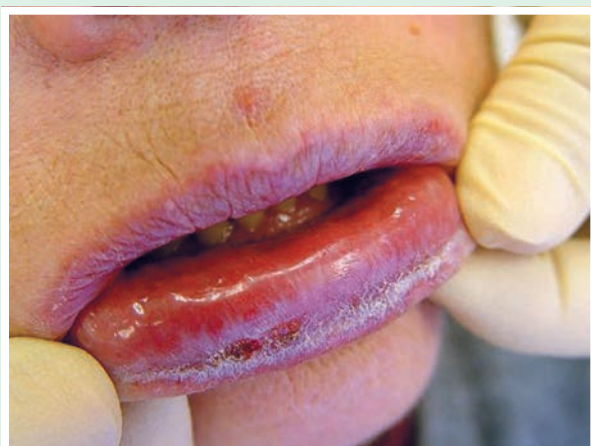
Рис. 10.44. Контактный хейлит



*Рис. 11.1. Ограниченный
предраковый гиперкератоз*



*Рис. 11.4. Абразивный преканцерозный
хейлит Манганотти, озлокачествление*



*Рис. 11.2. Абразивный преканцерозный
хейлит Манганотти при КПЛ*



Рис. 11.5. Гемангиома нижней губы



*Рис. 11.3. Абразивный преканцерозный
хейлит Манганотти при КПЛ*



*Рис. 11.6. Абразивный преканцерозный
хейлит Манганотти*



Рис. 11.7. Посттравматический хейлит



Рис. 11.10. Болезнь Боуэна



Рис. 11.8. Кожный рог



Рис. 11.11. Папиллома грибовидной формы языка



Рис. 11.9. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма КПЛ



Рис. 11.12. Эрозивно-язвенная форма КПЛ



Рис. 12.1. Рак нижней губы



Рис. 12.4. Рак языка



Рис. 12.2. Рак боковой поверхности языка
(язва с признаками малигнизации)



Рис. 12.5. Рак языка



Рис. 12.3. Рак языка



Рис. 12.6. Рак дна полости рта



Рис. 12.7. Рак кожи и красной каймы нижней губы



Рис. 12.10. Рак твердого нёба



Рис. 12.8. Рак твердого нёба



Рис. 12.11. Болезнь Боуэна, рак слизистой щеки



Рис. 12.9. Рак твердого нёба



Рис. 12.12. Плазмноклеточный хейлит



Рис. 12.13. Рак верхней челюсти



Рис. 12.15. Рак языка



Рис. 12.14. Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка



Рис. 12.16. Саркома Капоши

Препараты для лечения заболеваний слизистой оболочки рта

Антисептики

1. Хлоргексидинбиглюконат 0.05 0,05—0,1 % водного раствора.

Механизм действия

Эффективен против большого количества бактерий, вирусов (кроме вируса простого герпеса), грибов. Не действует на формы бактерий, устойчивые к кислоте, и микробные споры. После обработки полости рта сохраняет длительный антибактериальный эффект. Его активность сохраняется также в присутствии гноя, крови, слюны, разных органических веществ.

2. Мирамистин — спрей, мазь, раствор.

Механизм действия.

- стимулирование собственных иммунных сил организма;
- широкий спектр действия (губительно действует на бактерии, грибы и вирусы);
- наличие выраженного противовоспалительного эффекта;
- улучшение процессов репарации и регенерации поврежденных участков кожного покрова и слизистых;
- отсутствие аллергических реакций;
- простота и удобство использования.

3. Пародонтакс экстра-ополаскиватель (0,2 % водный раствор хлоргексидинабиглюконата).

4. Элюдрил — раствор для полоскания полости рта

Состав:

- хлоргексидина диглюконат — 0,10 %;
- хлорбутанол — 0,50 %.

Механизм действия

Препарат обладает бактерицидным, противогрибковым, противовоспалительным, ранозаживляющим и обезболивающим действием.

5. Листерин — ополаскиватель.

Активные вещества: фторид натрия, метил-салицилат, эвкалипт, тимол.

Механизм действия

Препарат обладает выраженным противовоспалительным действием.

6. Стоматофит — это линейка препаратов для полоскания полости рта, содержащая смесь экстрактов лекарственных растений.

Существует 4 формы препарата — «Стоматофит», «Стоматофит А» (с анестезином), «СтоматофитФреш», «СтоматофитФреш детский».

Механизм действия

Оказывают антисептическое, противовоспалительное и вяжущее действие, «Стоматофит А» (с анестезином) — обезболивающее действие.

Препараты для местного обезболивания

1. Холисал-гель.

Состав: в 1 грамме содержится: холина салицилата — 87,1 мг, цеталкония хлорида — 100 мкг, объем тюбика — 10 гр.

Механизм действия

Обладает противомикробным, противовоспалительным и обезболивающим действием.

2. Камистад-гель.

Состав:

- основные компоненты — лидокаин, настойка цветков ромашки;
- вспомогательные компоненты — бензалкония хлорид, карбомеры, натрия сахарина дигидрат, трометамол, вода очищенная, масло коричное, этанол 96 %, муравьиная кислота безводная 98 %.

Механизм действия

Обладает умеренным обезболивающим, а также слабым антимикробным и противовоспалительным действием.

3. Мундизал-гель.

Состав: действующим веществом препарата является холин салицилат, цеталконий хлорид.

Механизм действия

Обладает противовоспалительным и обезболивающим действием.

4. **Лидоксор-гель.** Обладает мягким анестезирующим свойством. Аппликации в течение 1—2 мин.

Состав:

- натрий карбоксиметилцеллюлоза;
- ксилитол;
- лидокаин;
- экстракт тысячелистника;
- экстракт ромашки;
- наполнитель;
- ароматизатор.

Противовирусные препараты:

- ацикловир — по 200 мг 5 раз в день (5—7 дней);
- фамцикловир — по 250 мг 2 раза в день (5 дней);
- валацикловир — по 500 мг 2 раза в день (5 дней);
- алпизарин, хелепин — 0,1 г 3 раза в день (7—14 дней);
- рибамидил (виразол, рибавирин) — 0,2 г 3 раза в день (7—14 дней);
- ДНКаз — 30—50 мг 1—2 раза в сутки (внутримышечно 7 дней).
- метисазон — 0,2 г 3 раза в день (4—6 дней).

Местно для лечения вирусных инфекций применяют:

- Зовиракс 5% (ацикловир — крем-мазь).
- Зовиракс Дуо-Актив (ацикловир — 50 мг, гидрокортизон — 10 мг). Препарат с противовирусным и противовоспалительным действием.
- Фенистил Пенцивир. Противовирусное средство для местного применения. Действующим веществом препарата является пенцикловир — вещество, обладающее высокой селективностью против вируса Varicellazoster и вируса герпеса человека Herpes simplex (первого и второго типа), включая стойкие к ацикловиру штаммы с измененной ДНК-полимеразой. Данный лекарственный препарат не применяется у детей, не достигших 12 лет.
- Флореналевая мазь 0,5—2%.
- Теброфеновая мазь 0,5—2%.
- Мази – Гевизош, Виру-Мерц, Триаптен.

Препараты следует наносить 5 раз в день (примерно каждые 4 часа).

Противогрибковые препараты

1. **Дифлюкан** (желатиновые капсулы 0,05; 0,1; 0,15 и 0,2 г, раствор 0,2% для внутривенного введения во флаконах по 50 и 100 мл). Дифлюкан — наиболее эффективный препарат с расширенными пределами безопасности. Назначают по 50 мг 1 раз в сутки в течение 7—14 дней.
2. **Аналоги дифлюкана: флюкостат капсулы** (по 50 мг 1 раз в сутки в течение 7—14 дней.), **флюконазол, флюконазол-Тева.**
3. **Микосист** (по 50 мг 1 раз в сутки в течение 7—14 дней).
4. **Нистатин.** Назначается внутрь 3—4 раза в день. Разовая доза для детей в возрасте до 1 года составляет 100000—125000 ЕД (75000—100000 ЕД/кг), от 1 года до 3 лет — 250000 ЕД, старше 3 лет — 1000000—500000 ЕД. Средняя продолжительность лечения составляет 10—14 дней.
5. **Низорал, ороназол (таблетки 0,1 г) — по 1 таблетке 2 раза в сутки до или во время еды 15—30 дней.**
6. **Пимафуцин (таблетки 0,1 г) — рекомендуется применять по 1 таблетке 2—4 раза в день перорально 7 дней.**
7. **Гексорал (по 1 таблетке после еды).**
8. **Амфотерицин — применяется только внутривенно при системных и висцеральных формах кандидоза.**

Местное лечение грибковых поражений слизистых оболочек полости рта включает полоскания, аппликации: 1% нистатиновую, 5% левориновую, микогептиновую (1 г мази содержит 15 мг микогептина), 2% пимафуциновую, амфотерициновую (1 г мази содержит 30000 ЕД) мази, 1% клотримазоловую мазь, 2% гель миконазола, 1% спиртовой раствор сангвиритрина, 1% мазь сангвиритрина, отвар багульника, спиртовые настойки зверобоя (новоиманин) и шалфея (сальвин), применение декамина, натрия тетрабората, калия йодида, интраконазола.

Гексорал (таблетки для рассасывания). Препарат с противомикробным и местно-анестезирующим действием для местного применения. Взрослые и дети старше 12 лет: как правило, назначают по 1 таб. каждые 1—2 часа по необходимости, но не более 8 таб./сут. Дети в возрасте 4—12 лет: назначают до 4 таб./сут.

Регенерирующие препараты

Солкосерил-гель

Состав: в 1 г геля содержится депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят, стандартизованный химически и биологически (сухое вещество) — 4,15 мг.

Механизм действия

Антигипоксическое, цитопротективное, регенерирующее, мембраностабилизирующее, ангиопротективное, ранозаживляющее.

Солкосерил — дентальная адгезивная паста (СДАП) обеспечивает быстрое обезболивание и ускоренное заживление раневой поверхности, т.к. образует защитный лечебный слой на пораженной области слизистой оболочки полости рта и предохраняет ее от механических и химических повреждений в течение 3—5 часов.

Метилурациловая мазь. Стимулирует кроветворение, регенерацию, репарацию. Способствует стимуляции местного клеточного и гуморального иммунитета, нормализует метаболизм нуклеиновых кислот и стимулирует процессы регенерации на клеточном уровне.

Тыквеол (масло для аппликаций). Фитопрепарат с гепатопротекторным, антиоксидантным и противовоспалительным действием.

Витамины А, Е в виде раствора в масле.

Бальзам для десен Лесной бальзам — активные компоненты: алоэ-вера гель, экстракт коры дуба, экстракт шалфея, отвар 5 лечебных трав (ромашка, тысячелистник, чистотел, зверобой, крапива).

Устраняет воспаление, уменьшает кровоточивость десен, устраняет боль, стимулирует репаративные процессы

Гель для десен Метрогил Дента. Подавляет активность бактерий, борется с воспалением и устраняет боль.

ТИЗОЛЬ и его лекарственные композиции.

Позволяет сократить сроки комплексного лечения, удлинить период ремиссии, улучшить микрофлору полости рта, повысить местный иммунитет.

Перечень рецептов с Тизолем (экстемпорального изготовления)

№	Рецептура	Область применения Тизоля с дозой препарата	Фармакологическое действие
1	2	3	4
1	Аекол — 0,5 г (10 капель) Тизоль — до 10 г	Пародонтит, травмы и хронические воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта	Усиливает противовоспалительный и анальгезирующий эффекты, антиоксидантное, эпителизирующее, антисептическое действие, уменьшает отечность и зуд, способствует улучшению трофики тканей
2	Анестезин — 0,3 г (0,3 г порошка или 1 табл. по 0,3 г) Тизоль — до 10 г	Аппликационная анестезия	Усиливает местноанестезирующее действие
3	Гепарин — 1 000 ЕД (0,2 мл или ~ 4 капли из флакона по 5 мл) Тизоль — до 10 г	Катаральный и гипертрофический гингивит, воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта	Местное антитромботическое и анестезирующее, противовоспалительное, антиоксидантное, антипролиферативное действие, нормализует сосудисто-тканевую проницаемость

1	2	3	4
4	Диклофенак – 0,05 г (1 табл. по 50 мг или 2 табл. по 25 мг) Токоферола ацетат – 0,6 г (10–12 капель 30% раствора) Лидокаин – 0,1 г (1/2 ампулы по 2 мл 10% раствора) Тизоль – до 10 г	Пародонтит, травмы и хронические воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта, гингивит	Значительно усиливает противовоспалительный и анальгезирующий эффекты, выраженное антиоксидантное, регенерирующее, смягчающее и увлажняющее действие
5	Йод – 0,1 г (10 капель 5% спиртового раствора) Тизоль – до 10 г	Кандидозы слизистой полости рта, гингивит, пародонтит	Усиливает противовоспалительный, эффект, обладает выраженным антисептическим, противоотечным, антисклеротическим, рассасывающим, кровоостанавливающим действием; влияет на дрожжеподобные грибы и простейшие; допустимо применение на слизистых оболочках
6	Лидаза – 64 УЕ, 128 УЕ (1 или 2 ампулы соответственно) Тизоль – до 10 г	Гипертрофический гингивит, коллагенозы	Способствует размягчению и рассасыванию рубцов, устранению или уменьшению контрактур, обладает выраженным рассасывающим эффектом при воздействии на гематомы и инфильтраты
7	Лидокаин – 0,2 г (1 ампула по 2 мл 10% раствора) Тизоль – до 10 г	Аппликационная анестезия	Усиливает местноанестезирующее действие, локальная анестезия обеспечивается в течение 20–50 мин.
8	Масло чайного дерева – 0,2 г (4 капли 100% масла) Тизоль – до 10 г	Воспалительные заболевания пародонта	Обладает противовоспалительным, ранозаживляющим, противоожоговым, антимикотическим, антимикробным действием
9	Метронидазол – 0,5 г (1 табл. по 0,5 г или 2 табл. по 0,25 г) Тизоль – до 10 г	Профилактика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта: пародонтит, смешанные инфекции, язвенно-некротический гингивит Венсана, выраженное гноетечение, абсцедирование	Действует бактерицидно, высокоактивно в отношении облигатных анаэробных бактерий возбудителей некоторых протозойных инфекций. Усиливает противозудное и противовоспалительное действие
10	Метронидазол – 0,5 г (1 табл. по 0,5 г) Хлоргексидин биглюконат – 0,005 г (1 капля 20% раствора) Прополис – 0,01 г (2 капли 10% раствора) Тизоль – до 10 г	Профилактика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта: пародонтит, смешанные инфекции, язвенно-некротический гингивит Венсана, выраженное гноетечение, абсцедирование	Предотвращает инфицирование, проявляет противовоспалительное, антимикробное, антисептическое действие
11	Нистатин – 500 000 ЕД (1 табл. по 500 000 ЕД) Тизоль – до 10 г	Гингивит, пародонтит	Противовоспалительное, антимикотическое и противозудное действие. Высокая активность в отношении дрожжеподобных грибов рода <i>Candida</i> при местном применении на коже и слизистых оболочках
12	Токоферола ацетат – 0,6 г (10–12 капель 30 % раствора) Тизоль – до 10 г	Воспалительные заболевания пародонта	Усиливает противовоспалительное, антисептическое, антиаллергическое, регенерирующее действие, препятствует дегенеративным изменениям
13	Хлоргексидин биглюконат – 0,005 г (1 капля 20% раствора) Тизоль – до 10 г	Гингивит, пародонтит, хронические воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта	Усиливает противовоспалительный эффект, обладает выраженным бактерицидным действием, способствует очищению ран

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акмалова, Г. М. Концепция патогенетического обоснования комплексного лечения больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта: автореф. дис. ... доктора медицинских наук: 14.01.14 / Акмалова Гюзель Маратовна. — Уфа, 2016. — 47 с.
2. Лангле, Р. П. Атлас заболеваний полости рта: практическое пособие. .. 2008
3. Болезни полости рта / под ред. Л. М. Лукиных. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.-с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов мед. вузов / под ред. Е. В. Боровского. — М. : Мед. информ. агентство, 2011. — 840 с.: ил.
5. Борк, Бургдорф, Хеде. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Медицинская литература. Москва, 2011
6. Брусенина, Н. Д. Заболевания губ: учебное пособие; под редакцией Г. М. Баррера / Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина. — М., 2005. — 184 с.: ил.
7. Заболевания слизистой оболочки полости рта - Данилевский Н. Ф. - Учебное пособие Данилевский Н. Ф., Леонтьев В. К., Несин А. Ф., Рахний Ж. И. 2001
8. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ Анисимова И. В., Недосеко В. Б., Ломиашвили Л. М. 2008
9. Максимовский, Ю. М. Терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие для студ. мед. вузов / Ю. М. Максимовский, А. В. Митрохин. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 432 с.
10. Николаев, А. И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие для системы послевузов. проф. образования врачей стоматологов / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 928 с.: ил.
11. Терапевтическая стоматология. Вариативные клинические ситуации с интегративными заданиями в тестовой форме (с обоснованием правильных ответов): учебное пособие / под ред. Г. М. Барера. — М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. — 192 с.: ил.
12. Терапевтическая стоматология / под ред. Л. А. Дмитриевой. — М.: Медпрессинформ, 2003. — 896 с.
13. Терапевтическая стоматология: Национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с.: ил.
14. **Электронные базы данных** — электронная библиотека медицинского вуза www.studmedlib.ru/extra

Электронные учебные издания — на странице кафедры терапевтической стоматологии сайта ФГБОУ ВО УГМУ www.usma.ru имеются тематические планы и задания к практическим занятиям.

Учебное пособие

Галина Ивановна Ронь
Нина Дмитриевна Чернышева
Анна Андреевна Епишова
Гюзель Маратовна Акамалова

ЗАБОЛЕВАНИЯ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА

ISBN 978-5-89895-836-7

*Редактор Е. Бортникова
Корректор Л. Моисеева
Дизайн, верстка А. Шевела*

Оригинал-макет подготовлен:
Издательство УГМУ
г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, каб. 310
Тел.: (343) 214-85-65
E-mail: pressa@usma.ru